

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1894

THÈSE

N°

928

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 19 avril 1894, à 1 heure.*

Par MAURICE MICHEL

Né à Reims le 18 avril 1865

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris

(Premier interne 1890)

Ancien interne des hôpitaux de Reims

Lauréat de l'École de Médecine de Reims

## ÉTUDE

SUR LA

# TUBERCULOSE PULMONAIRE

## DES VIEILLARDS

*Président : M. DUPLAY, professeur.*

*Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur.*

MARFAN,

ALBARRAN,

} *agregés.*

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1894



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1894

THÈSE

N°

---

225

POUR LE

# DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 19 avril 1894, à 1 heure.*

Par MAURICE MICHEL

Né à Reims le 18 avril 1865

Ancien interne lauréat des hôpitaux de Paris

(Premier interne 1890)

Ancien interne des hôpitaux de Reims

Lauréat de l'École de Médecine de Reims

---

## ÉTUDE

SUR LA

# TUBERCULOSE PULMONAIRE

## DES VIEILLARDS

---

*Président : M. DUPLAY, professeur.*

*Juges : MM. LABOULBÈNE, professeur.*

MARFAN, } *agregés.*  
ALBARRAN, }

---

PARIS

G. STEINHEIL, ÉDITEUR

2, RUE CASIMIR-DELAVIGNE, 2

1894

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                    |                      |
|--------------------------------------------------------------------|----------------------|
| <b>Doyen.....</b>                                                  | <b>M. BROUARDEL.</b> |
| <b>Professeurs.....</b>                                            | <b>MM.</b>           |
| Anatomie.....                                                      | FARABEUF.            |
| Physiologie.....                                                   | Ch. RICHET.          |
| Physique médicale.....                                             | GARIEL.              |
| Chimie organique et chimie minérale.....                           | GAUTIER.             |
| Histoire naturelle médicale.....                                   | BAILLON.             |
| Pathologie et thérapeutique générales.....                         | BOUCHARD.            |
| Pathologie médicale.....                                           | { DIEULAFOY.         |
|                                                                    | { DEBOVE.            |
| Pathologie chirurgicale.....                                       | LANNELONGUE.         |
| Anatomie pathologique.....                                         | CORNIL.              |
| Histologie.....                                                    | MATHIAS DUVAL.       |
| Opérations et appareils.....                                       | TERRIER.             |
| Pharmacologie.....                                                 | POUCHET.             |
| Thérapeutique et matière médicale.....                             | LANDOUZY.            |
| Hygiène.....                                                       | PROUST.              |
| Médecine légale.....                                               | BROUARDEL.           |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie.....                    | LABOULBENE.          |
| Pathologie comparée et expérimentale.....                          | STRAUS.              |
| Clinique médicale.....                                             | { SEE (G.).          |
|                                                                    | { POTAIN.            |
|                                                                    | { JACCOUD.           |
|                                                                    | { HAYEM.             |
| Clinique des maladies des enfants.....                             | GRANCHER.            |
| Clinique des maladies syphilitiques.....                           | FOURNIER.            |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale..... | JOFFROY.             |
| Clinique des maladies nerveuses.....                               | N...                 |
|                                                                    | { N...               |
| Clinique chirurgicale.....                                         | { DUPLAY.            |
|                                                                    | { LE DENTU.          |
|                                                                    | { TILLAUX.           |
| Clinique ophthalmologique.....                                     | PANAS.               |
| Clinique des voies urinaires.....                                  | GUYON.               |
| Clinique d'accouchements.....                                      | { TARNIER.           |
|                                                                    | { PINARD.            |

*Professeurs honoraires :* MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD et VERNEUIL.

## Agrégés en exercice.

|              |             |                        |            |
|--------------|-------------|------------------------|------------|
| MM.          | MM.         | MM.                    | MM.        |
| ALBARRAN.    | DELBET.     | MARFAN.                | REITTERER. |
| ANDRÉ.       | FAUCONNIER. | MARIE.                 | RICARD.    |
| BALLET.      | GAUCHER.    | MAYGRIER.              | ROGER.     |
| BAR.         | GILBERT.    | MENETRIER.             | SCHWARTZ.  |
| BRISAUD.     | GLEY.       | NÉLATON.               | SEBILEAU.  |
| BRUN.        | HEIM.       | NETTER.                | TUFFIER.   |
| CHANTEMESSE. | JALAGUIER.  | POIRIER, Chef des tra- | VARNIER.   |
| CHARRIN.     | LEJARS.     | vaux anatomiques.      | VILLEJEAN. |
| CHAUFFARD.   | LETULLE.    | QUÉNU.                 | WEISS.     |
| DEJERINE.    |             |                        |            |

*Secrétaire de la Faculté :* M. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR DUPLAY

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

A MON MAÎTRE

M. LE DOCTEUR ALBERT ROBIN

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR  
MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE



ÉTUDE  
SUR LA  
**TUBERCULOSE PULMONAIRE**  
DES VIEILLARDS

---

INTRODUCTION

La médecine clinique et la médecine expérimentale ont définitivement établi que dans l'évolution des maladies infectieuses, il fallait considérer deux éléments principaux : l'agent pathogène et le terrain sur lequel il se développe. La résultante de leur réunion, c'est-à-dire l'état morbide, varie suivant l'importance réciproque de ces deux facteurs.

Laissant de côté le premier de ces facteurs dont il est malaisé de mesurer d'une façon précise, les qualités de nombre et de virulence, nous pouvons plus facilement nous attacher à la connaissance du second.

Considéré dans son essence même, le terrain est un complexe dont l'âge, l'hérédité, etc. forment les éléments constitutifs primordiaux. L'âge, notamment, occupe une place spéciale dans la manière d'être et de réagir du terrain.

Un organisme jeune ou un organisme de vieillard ne se comportent pas comme l'organisme adulte pris comme type.

L'involution sénile (Canstatt) en particulier, amène dans la constitution des tissus et des humeurs des modifications telles que ceux-ci ne réagissent plus de la même façon en présence des micro-organismes : la fièvre typhoïde du vieillard est différente de la dothientérie de l'adulte, la pneumonie des gens avancés en âge n'est plus la même que celle des enfants ou que celle des gens d'âge moyen, etc. Il en est de même pour la tuberculose. L'aspect clinique de cette maladie change avec l'âge ; il est certaines formes spéciales à l'enfance : il en est d'autres qu'on ne rencontre guère que chez le vieillard. Là encore, le terrain pris dans son sens le plus large et avec tous ses attributs, occupe une place de première importance.

Cependant, il ne semble pas que l'attention des cliniciens se soit portée d'une façon particulière sur la tuberculose pulmonaire des vieillards. Malgré quelques études parues sur ce sujet et que nous aurons l'occasion de citer dans le cours de ce travail, la question de la phtisie sénile ne paraît guère avoir passionné les pathologistes : c'est à peine si les livres classiques y consacrent quelques lignes et la pauvreté de la littérature médicale sur ce point contraste avec l'abondance des publications parues sur la tuberculose des autres âges.

Ecartant toutes les tuberculoses primitives des autres organes et appareils, nous nous proposons, dans les pages qui vont suivre d'étudier la phtisie du vieillard en insistant principalement sur sa fréquence, sur ses conditions étiologiques et sur les différentes formes qu'elle peut affecter.

L'idée de cette étude revient à notre maître M. Albert Robin qui, après nous avoir accepté comme interne, a bien voulu s'intéresser à notre travail, nous en fournir les principaux

éléments et nous aider de ses conseils. Nous lui en exprimons notre vive gratitude.

Que M. Bucquoy reçoive tous nos remerciements pour les excellentes leçons de saine clinique qu'il nous a prodiguées.

M. Cuffer, pendant notre seconde année d'internat nous a initié à la médecine clinique et à la pathologie de la première enfance : nous n'avons pas besoin de lui dire que nous restons un de ses élèves les plus dévoués et les plus reconnaissants.

Un hasard heureux nous a fait faire notre première année d'internat dans le service du regretté professeur Trélat et de M. le professeur Duplay qui a bien voulu nous considérer comme un de ses élèves et nous enseigner les notions de chirurgie indispensables au médecin. Qu'il nous permette de l'en remercier et pour l'honneur qu'il nous fait de présider cette thèse. Que M. Charpentier à qui nous devons nos quelques notions de médecine mentale et d'autres bonnes leçons ; que M. Hallopeau qui nous a appris la dermatologie et nous a donné son appui dans maintes circonstances, reçoivent l'assurance de notre vive reconnaissance.

Nous n'oublierons pas non plus l'enseignement si bienveillant et si affectueux de nos autres maîtres MM. Schwartz, Nélaton, Walther, Rochard, Talamon, Siredey, Chaslin. Enfin nous garderons le meilleur souvenir de nos premiers maîtres de l'École de Reims qui ont été des initiateurs si dévoués.



Digitized by the Internet Archive  
in 2026

[https://archive.org/details/IA41553825\\_0027](https://archive.org/details/IA41553825_0027)

## CHAPITRE PREMIER

### Considérations anatomiques sur le poumon du vieillard.

Avant d'aborder l'étude clinique de la phtisie sénile, il nous semble utile de rappeler brièvement les principales modifications apportées par la vieillesse dans l'organe de la respiration. Ces notions nous permettent de comprendre la raison d'être de certains caractères, de certaines allures de la maladie qu'on observe plus rarement chez l'adulte.

C'est dans les travaux successifs de Magendie (1) et de Hourmann et Dechambre (2) que l'on trouve les premières connaissances sur les changements macroscopiques subis par le poumon du fait de la sénilité.

**Couleur. — Aspect.** — Au lieu de leur teinte rouge plus ou moins foncée, les poumons présentent une coloration grisâtre, ardoisée caractéristique. Ils semblent moins vasculaires, plus secs (3).

A l'ouverture du thorax, ils s'affaissent par leur poids (Jenner) (4), ils se rétractent facilement vers la gouttière

(1) MAGENDIE. Mémoire sur la structure du poumon de l'homme. *Journal de physiologie expérimentale*, 1821, tome I.

(2) HOURMANN ET DECHAMBRE. Recherches cliniques pouvant servir à l'histoire des maladies des vieillards. *Archives génér. des méd.*, 1835, tome VIII.

(3) DEMANGE. *Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse*, 1886.

(4) JENNER. *Médec. chirurg. Transactions*, 1857.

vertébrale comme s'ils avaient été précédemment comprimés à ce niveau par un épanchement pleural.

**Poids.** — Leur poids est notablement diminué, d'après Geist (1), de 65 à 85 ans, le poumon gauche pèse en moyenne 438 grammes chez les hommes et 380 grammes chez les femmes ; le poumon droit 570 grammes et 409 grammes. De 85 à 90 ans, l'atrophie s'accroît encore et le poumon gauche ne pèse plus respectivement dans les deux sexes que 350 et 358 grammes, le poumon droit 438 et 380 grammes.

**Anthraxose.** — L'anthraxose est pour ainsi dire un état physiologique du poumon sénile. On la rencontre de préférence au sommet et au bord postérieur. Le professeur Charcot a montré que les particules charbonneuses qui la constituent, siègent dans les cellules épithéliales pulmonaires, dans l'épaisseur des parois alvéolaires, dans les travées conjonctives périlobulaires, autour des bronches et des canaux sanguins, suivant le mode de distribution de leurs gaines lymphatiques, autour des troncs lymphatiques sous-pleuraux et interlobulaires, dans le tissu sous-pleural et les plèvres.

**Modifications de structure.** — Magendie avait déjà signalé l'accroissement des cellules comme caractérisant le poumon des vieillards. MM. Cornil et Ranvier l'ont démontré histologiquement d'une manière irréfutable. Mais si les auteurs sont unanimes pour admettre l'existence d'un emphysème sénile, l'accord cesse sur la lésion primordiale de cet emphysème. Villemin (2) pense qu'il s'agit là d'une lésion de nutrition portant primitivement sur l'épithélium pulmonaire ; il se ferait une dégénérescence graisseuse des éléments cellulaires : les

(1) GEIST. *Klinik der Greisenkrankheiten*, Erlangen, 1860.

(2) VILLEMIN. *Archives générales de Médecine*, 1886.

parois alvéolaires sous-jacentes privées de leur revêtement protecteur se perforeraient, communiqueraient les unes avec les autres : les éléments élastiques se rétractant agrandiraient encore les orifices de communication ; les vaisseaux sanguins privés de leur soutien s'atrophieraient : les lésions qui caractérisent l'emphysème pulmonaire seraient alors constituées.

D'après Eppinger, Marfan etc., la lésion débiterait par le système élastique alvéolaire : on observe d'abord un amincissement, une atrophie de ces fibres élastiques : bientôt elles se rompent, mettant en communication anormale les alvéoles et les infundibula. Ce n'est que secondairement qu'apparaîtraient les altérations des vaisseaux, l'atrophie des fibres musculaires lisses et la dégénérescence de l'épithélium de revêtement.

**Plèvres.** — Elles sont d'ordinaire épaissies : au sommet elles offrent des adhérences nombreuses, plus ou moins étendues qui entravent le libre jeu du poumon sur la cage thoracique.

Parfois ces adhérences entourent comme d'une coque le sommet de l'organe et envoient des expansions scléreuses dans son intérieur. On a également signalé des plaques calcaires ayant envahi la plèvre ainsi modifiée. Enfin M. Demange a constaté plusieurs fois de l'athérome des artères bronchiques.

De cette courte esquisse anatomique, nous pouvons conclure que le poumon sénile est un organe diminué de volume, en voie d'atrophie, qu'il est le siège de modifications histologiques dont l'emphysème occupe le premier rang et que cet emphysème a pour résultat une diminution de la surface respiratoire et circulatoire.

Ces changements apportés par les progrès de l'âge dans la

texture de l'appareil pulmonaire, fournissent l'explication rationnelle de la fréquence de l'association, chez le vieillard, de la tuberculose et de l'emphysème et aussi de celle de la phtisie fibreuse. Peut-être même, est-ce dans ce processus d'atrophie des éléments constitutifs du poumon portant à la fois sur le tissu épithélial, élastique et vasculaire et dans le ralentissement général des actes organiques qui en est la conséquence, qu'il faut chercher la raison de la torpidité, de la lenteur, du peu de tendance à la généralisation qui caractérisent, d'ordinaire, la phtisie des vieillards.

## CHAPITRE II

### Etiologie.

**Fréquence.** — Les auteurs sont loin d'être d'accord sur la fréquence des manifestations tuberculeuses pulmonaires dans la vieillesse : les uns soutiennent que la tuberculose est une exception chez le vieillard, les autres au contraire qu'elle est loin d'y être rare.

Cette divergence d'opinion tient, il nous semble, à ce que ces auteurs, d'une part se sont placés à des points de vue dissemblables et d'autre part à ce qu'ils ont observé dans des milieux différents.

Il est certain que la fréquence de la tuberculose pulmonaire sénile varie notablement suivant que l'on envisage la maladie cliniquement ou anatomiquement.

L'affection bacillaire des poumons ayant donné lieu à des signes cliniques manifestes est incontestablement moins commune que la même lésion, sous ses différentes formes anatomiques, constatée à l'autopsie et ayant évolué sans réaction symptomatique.

En d'autres termes, il faut distinguer une fréquence clinique et une fréquence anatomique ; cette dernière étant infiniment commune, la première l'étant beaucoup moins, mais toutefois davantage que ne l'ont cru certains pathologistes.

D'un autre côté, il faut tenir compte du milieu social. Si la phtisie est rare parmi les vieillards des classes aisées, si elle

affecte chez eux une remarquable lenteur (Peter), il n'en est plus de même chez les vieillards hospitalisés.

Les nombreux cas suivis d'autopsie observés dans les hospices de la Salpêtrière, de Bicêtre, des Ménages, de Nanterre et aussi dans les services hospitaliers ordinaires, prouvent surabondamment, outre sa fréquence, que l'opinion de Fonsagrives prétendant que « passé 45 ou 50 ans, il est à peu près indifférent d'être ou de ne pas être phtisique » n'est qu'un paradoxe et ne saurait être considéré comme l'expression de la vérité.

Ces distinctions étant faites, voyons ce que disent les cliniciens.

Laënnec (1), à qui l'on doit la première mention de la tuberculose sénile, pense que la phtisie « est très fréquente dans la vieillesse même avancée ». « J'ai fait, dit-il, l'ouverture du corps d'une femme de quatre-vingt-dix-neuf ans et quelques mois qui avait succombé à cette maladie ».

Pour Charcot (2) au contraire « la vieillesse semble créer à certains égards des immunités pathologiques. Les fièvres éruptives, la fièvre typhoïde, la phtisie, sont peu communes à cet âge ».

Durant-Fardel (3) accepte en l'atténuant l'opinion de Laënnec.

Les statistiques d'ailleurs, précisent la fréquence de cette tuberculose chez le vieillard : elles diffèrent également dans une large mesure les unes des autres, nous en avons dit plus haut les principales raisons.

(1) LAENNEC, *Traité de l'auscultation médiate*, 1826, II, page 652.

(2) CHARCOT, *Maladies des vieillards*, 1890, page 46.

(3) DURANT-FARDEL, *Traité pratique des maladies des vieillards*, 1873.

Prus (1), sur 390 décès de vieillards survenus à l'hospice de Bicêtre a trouvé 18 fois la tuberculose pulmonaire, soit 1 sur 26.

Geist (2) constate une fréquence beaucoup plus grande : 72 cas de tuberculose sur 514 autopsies, soit 1 pour 7,13.

Moureton (3) rapporte la statistique de Vulpian qui constate 19 cas de phtisie tuberculeuse sur 130 autopsies pratiquées en 1862 à la Salpêtrière soit 1 pour 6,84.

On retrouve les mêmes variations dans les statistiques de Day (4), de Morton (5), de Lebert (6).

Depuis ces études déjà anciennes, de nouvelles recherches sont venues confirmer et augmenter encore la fréquence de la phtisie sénile. Elles ont eu pour résultat de faire connaître de nombreux cas de phtisie à marche rapide et de tuberculose aiguë ayant évolué sous le masque d'une autre affection. De plus, les progrès de l'anatomie pathologique et la découverte du bacille spécifique sont venus faire rentrer dans le cadre de la tuberculose, des faits qualifiés cliniquement et même anatomo-pathologiquement, de broncho-pneumonie, de bronchite chronique, de bronchectasie (Grancher), d'emphyseme, etc. Dans un travail tout récent sur la mortalité par tuberculose en Italie, suivant les âges et suivant le sexe, et appuyé sur une statistique fort étendue, Lugi Manfredi (7), arrive à des conclusions analogues. Il repousse l'opinion an-

(1) PRUS, *Mémoires de l'Académie de médecine*, 1840.

(2) GEIST, *loc. citat.*

(3) MOURETON, thèse de doctorat. Paris, 1863.

(4) DAY, *A Practical Treatise on disease of advanced life*, 1849.

(5) MORTON, *Illustration of pulmonary consumption*, 2<sup>e</sup> édition, page 70.

(6) LEBERT, *Traité de la phthisie pulmonaire*, etc., 1879.

(7) LUGI MANFREDI, *Giorn. intern. de Sc. Médiche*, novembre 1893.

cienne qui fixe le minimum de la mortalité par tuberculose à l'âge sénile. Il note au contraire deux maxima correspondant l'un à la première enfance, l'autre à l'âge sénile. Cette statistique purement italienne est, d'après l'auteur, en concordance parfaite avec celle des autres états, notamment en ce qui concerne la tuberculose sénile. Nous tenons de M. Albert Robin qui a étudié la pathologie sénile pendant sept années à l'hospice des Ménages que la phtisie du vieillard est relativement fréquente, puisqu'il a pu en recueillir exactement 34 observations pendant cet espace de temps.

Sous sa forme paradoxale, la proposition de Fuller (1), disant que les phtisiques sont aussi nombreux à 70 ans qu'à 15 ans, doit donc être considérée comme se rapprochant sensiblement de la vérité.

Cette fréquence de la tuberculose pulmonaire sénile est encore plus grande si l'on se place au point de vue purement anatomique. Depuis longtemps on avait remarqué que très souvent, dans les autopsies de vieillard, on trouvait, particulièrement au niveau du sommet des poumons des altérations de différentes sortes « indurations, froncements, cicatrices, concrétions ».

Les premiers observateurs, Laënnec, Beau, Cruveilhier considérèrent sans hésiter toutes ces altérations prises en bloc, comme des cicatrices de tubercules et comme des tubercules en voie de guérison, par transformation calcaire, crétacée. Cette opinion fut combattue par Ch. Rogée. Cet auteur, dans un travail paru dans les *Archives générales de médecine* (1838) rejette la nature tuberculeuse des cicatrices,

(1) FULLER. *Diseases of the Lungs*, 1867.

froncements et indurations pulmonaires. D'ailleurs la question n'est pas encore résolue et appelle de nouvelles recherches. Toutefois, il nous semble bien difficile d'admettre que dans *tous les cas*, ces cicatrices, ces indurations et ces froncements soient la signature d'une tuberculose guérie. Ne peut-il pas se faire que, à un moment donné de l'existence, le poumon ou la plèvre aient été le siège d'un processus morbide, latent ou manifeste, non tuberculeux, ayant laissé à sa suite un reliquat sous forme de cicatrice ou de froncement. Les inflammations pleuro-pulmonaires ne sont pas tellement rares qu'il ne puisse y avoir une part d'exactitude dans l'opinion seulement trop exclusive de Rogée.

Quoiqu'il en soit de la nature exacte de ces altérations pulmonaires, il n'en est pas moins vrai, pour ce qui a trait aux concrétions calcaires qu'ici l'accord est à peu près parfait. Ces concrétions qui sont d'une fréquence extrême (51 cas sur 100 autopsies de vieillards) (Rogée) sont bien de nature tuberculeuse (1) ; on sait aujourd'hui que la calcification est un des modes de guérison des foyers tuberculeux, que des bacilles spécifiques y ont été trouvés et que par conséquent leur fréquence ne saurait exclure leur essence tuberculeuse.

À côté de ces lésions, indice d'une tuberculose en voie de régression non seulement sous forme d'induration calcaire, mais encore sous forme d'induration mélanique ardoisée (Cruveilhier) d'enkystement, de cavernes cicatrisées etc., on trouve souvent aussi des manifestations plus jeunes, granulations grises, jaunes, etc. qui se sont développées, elles, pen-

(1) Il faut d'ailleurs distinguer nettement ces concrétions des faits curieux de pierres du poumon, des bronches, bien décrits par M. Poulalion (Thèse de Paris, 1894).

dant la vieillesse du sujet et qui ne sont pas les traces d'une tuberculose de l'âge adulte.

Résumant ce court chapitre, nous dirons que la phtisie pulmonaire sous ses différents aspects cliniques n'est pas rare chez le vieillard, qu'elle est plus fréquente encore que ne l'ont cru les premiers auteurs qui s'en sont occupés puisqu'elle peut se manifester sous certaines formes que l'anatomie pathologique et la bactériologie ont nettement rattachées à la tuberculose. Nous dirons aussi que les poumons séniles renferment presque toujours des altérations qui dans l'immense majorité des cas sont des reliquats d'un processus tuberculeux et qu'ils contiennent parfois aussi des tubercules jeunes restés plus ou moins latents.

**Sexe.** — La proportion de tuberculeux pour les deux sexes est à peu près la même. En effet, les divers incidents de la vie génitale de la femme (grossesse, lactation, ménopause) qui augmentent, d'après certains auteurs, la fréquence de la tuberculose dans le sexe féminin font défaut chez le vieillard : l'équilibre se rétablit alors entre les deux sexes qui deviennent égaux devant la phtisie, suivant l'expression de M. Marfan (1). D'après Prus (2) cependant, la tuberculose, au moins dans ses formes aiguës, serait plus fréquente chez les vieilles femmes que chez les individus du sexe masculin.

Nous avons nous-mêmes, dans les cas que nous avons pu réunir, constaté une proportion un peu plus élevée de tuberculoses féminines : mais cette augmentation est si faible qu'elle ne saurait infirmer la conclusion de M. Marfan.

**Causes prédisposantes.** — Les conditions étiologiques qui

(1) MARFAN. *Traité de médecine*, t. IV.

(2) PRUS. *Loc. cit.*

règlent l'apparition de la tuberculose chez les gens âgés sont à peu de chose près, celles qui chez les sujets moins âgés déterminent son éclosion.

La phtisie sénile est héréditaire ou acquise. L'hérédité est ici difficile à démontrer et cela pour plusieurs raisons. Tout d'abord les malades, du fait même de leur âge ne peuvent souvent fournir que des renseignements très incomplets sur les causes de mort de leurs ascendants ; d'autre part, s'il est vrai que dans quelques-unes des observations nous notons l'existence de manifestations scrofulo-tuberculeuses pendant le jeune âge et l'adolescence, il n'est pas démontré que ces lésions diverses soient l'expression d'une tuberculose héréditaire plutôt qu'acquise. En somme les causes de tuberculisation peuvent être si fréquentes durant toute la période active de la vie qu'il est probable que l'hérédité soit de graine, soit de terrain, entre pour une part minime dans l'étiologie de la tuberculose sénile.

La phtisie apparaît chez le vieillard dans trois conditions différentes :

α. Dans une première catégorie de faits la phtisie a été précédée pendant les premières années de la vie par des lésions scrofulo-tuberculeuses à localisation variable (adénites, otites, kératites, etc.).

Ces manifestations de la diathèse sont, il est vrai, notées dans un nombre relativement restreint de cas, mais il nous semble que leur proportion doit être augmentée, car il est fort possible qu'elles ont pu exister sans que les différents auteurs les aient consignées dans leurs observations et parce que nous les avons nous-mêmes plusieurs fois rencontrés. D'ailleurs, ces lésions bacillaires du premier âge passent par-

fois inaperçues, restent latentes et donnent lieu au déclin de la vie à une éruption tuberculeuse plus ou moins généralisée (1).

β. Le deuxième groupe renferme les cas de tuberculose sénile survenue chez des individus ayant présenté des signes de phthisie pendant l'adolescence ou l'âge adulte. Ces cas ne sont pas rares. Tantôt la première manifestation tuberculeuse antécédente s'est atténuée ou *paraît* avoir disparu. Il semble alors que, après un plus ou moins long sommeil, après une de ces « trêves » bien mises en lumière par le dernier congrès de la tuberculose, la maladie se réveille, sous une influence souvent méconnue et se met à évoluer sur l'organisme en régression sénile : tels sont les cas observés par le professeur Bernheim (de Nancy) et par Péter.

Parfois les lésions pulmonaires de l'âge moyen ont marché avec une remarquable lenteur, mais sans disparaître tout à fait, et l'on se trouve en présence d'une tuberculose, qu'on nous passe l'expression, devenue sénile avec le malade.

γ. Enfin nous rangeons dans une dernière classe les tuberculoses pulmonaires développées au déclin de la vie chez des sujets indemnes jusque là de toute lésion bacillaire. Cette notion de la tuberculose acquise dans la vieillesse est de date relativement récente. En effet, les anciens auteurs ne l'admettaient pas et Gendrin (2) dit expressément : « Les affections « tuberculeuses ne sont pas des maladies de l'âge avancé. « Lorsqu'elles se rencontrent dans l'âge de retour, et cela « n'est pas rare, on peut toujours, en remontant par les ren-

(1) LONDE. *Soc. anatom.*, mars 1893.

(2) GENDRIN. *De l'influence des âges dans les maladies*, Thèse de concours, 1840.

« seignements fournis par les malades, arriver à reconnaître  
« que la maladie a commencé très longtemps auparavant ».

Quand cette tuberculose pulmonaire apparaît chez un vieillard ou bien elle est primitive, c'est-à-dire évolue d'abord et initialement sur l'organe de la respiration ou bien, ce qui est encore assez commun, elle n'est qu'une greffe secondaire à une tuberculose viscérale qui constitue le foyer originel.

Les études bactériologiques ont montré que si certains microbes sont antagonistes, le plus grand nombre d'entre eux sont souvent associés et qu'un microbe germe d'autant plus facilement dans un organisme que celui-ci vient d'être la proie d'un autre agent pathogéné.

Pour ce qui a trait à la tuberculose en particulier, on sait combien il est fréquent de voir son bacille spécifique pulluler après la rougeole et la coqueluche chez l'enfant (1), après la fièvre typhoïde, la variole (Landouzy) (observ. II), la pneumonie (observ. III), la grippe etc., à tous les âges de la vie.

Ce sont là des faits aujourd'hui bien démontrés, nous n'y insisterons pas.

Toutes les causes prédisposantes observées chez l'adulte se retrouvent chez le vieillard. Le surmenage physique, moral, la misère peuvent être incriminés. Certaines maladies locales comme le rétrécissement de l'œsophage, le carcinôme de l'estomac (Weil-Ruelle-Gilbert) (2), favorisent le développement de la tuberculose.

(1) MARFAN (*Sem. médic.*, 13 sept. 1893) admet que la tuberculose est antérieure à ces maladies qui n'ont qu'une action aggravante sur elle.

(2) Nous ne ferons que signaler cette coïncidence de la tuberculose et du cancer, détruisant la loi d'antagonisme entre ces deux diathèses posée par Rokitsansky.

Les maladies générales que nous venons de citer plus haut, le diabète, certaines intoxications, comme l'alcoolisme (Lancereaux), contrairement à l'opinion de Lendet, ont aussi comme conséquences éloignées la phtisie pulmonaire.

Le traumatisme lui-même, véritable agent provocateur, réveille parfois une tuberculose latente, parfois aussi ouvre la porte à la tuberculose. Par les conditions nouvelles qu'il amène dans le genre de vie des malades (séjour prolongé au lit, dans un air confiné), par la lésion même des tissus qui deviennent un centre d'absorption actif pour les bacilles et pour leur prolifération, le traumatisme doit être considéré comme une cause incontestable de tuberculisatation.

Mouretton (1) cite deux cas où la maladie est apparue à la suite d'une fracture du col du fémur et M. Robin (2) en a observé lui-même un cas.

(1) MOURETON. *Loc. cit.*

(2) Communication orale.

## CHAPITRE III

### Formes cliniques.

**Considérations générales.** — Nous venons de voir dans les pages qui précèdent successivement, la fréquence de la bacilliose sénile et les principales conditions étiologiques qui président à son apparition. Il nous faut maintenant déterminer comment et sous quelles formes elle se présente en clinique.

Tout d'abord, il est un fait qu'il nous semble nécessaire de bien mettre en relief : c'est que la tuberculose conserve chez le vieillard son caractère de maladie générale et qu'elle peut se diffuser dans tout l'organisme.

Cette propriété de s'étendre, de se généraliser lui avait été à peu près refusée par les premiers auteurs, et il a fallu les différents cas consignés dans les quelques travaux parus sur ce sujet pour en faire admettre la réalité.

Toutefois, certaines restrictions doivent être apportées à cette proposition. Il est juste, en effet, de reconnaître que cette aptitude à la généralisation est moins marquée que chez l'adulte. Plus souvent que chez ce dernier, la tuberculose pulmonaire reste localisée au point primitivement envahi, sans tendance à se répandre dans les autres organes. Est-ce là le résultat d'une qualité spéciale de l'agent tuberculeux ? On ne saurait le prétendre dans la majorité des cas. Il est plus rationnel, plus physiologique d'admettre que c'est le terrain

lui-même, sur lequel le bacille est implanté, qui ne se prête pas à la diffusion de celui-ci. On sait que chez le vieillard, les tissus se sont profondément modifiés, le système capillaire, en particulier celui du poumon, comme nous l'avons vu plus haut, s'est raréfié : il n'offre plus une surface absorbante aussi considérable que chez l'adulte. En outre, les petits vaisseaux restés perméables sont le siège de lésions d'endo et de périartérite diffuse (Charcot, Hepp Martin, Demange, etc.), qui rétrécissent considérablement leur calibre et qui par conséquent sont une condition défavorable à la pénétration et à la dispersion des éléments microbiens.

De plus les vaisseaux blancs qui, chez les enfants et les adultes sont une des grandes voies de pénétration et de généralisation des maladies infectieuses, et de la tuberculose notamment (Weigert) (1), (Mauclaire) (2) participent chez le vieillard au processus de régression du système vasculaire à sang rouge, surtout dans leur partie originelle, et font ainsi défaut, dans une certaine mesure pour le transport des jeunes.

Enfin les cellules vivantes et mobiles, les phagocytes de Metchnikoff n'ont pas seulement un rôle protecteur contre les infections, elles sont encore les véhicules des germes dans tout l'organisme. Comme leur nombre et leur activité sont considérablement amoindris chez le vieillard, il y a là un obstacle à la dispersion des éléments parasitaires qu'il nous paraît utile de signaler.

On peut dire, somme toute, d'une façon générale, que ce

(1) WEIGERT. Die Verbreitung des Tuberkelgiftes nach dessen Eintritt in der Organismns. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1884.

(2) MAUCLAIRE. Thèse de doctorat, Paris, 1893.

qui caractérise la tuberculose sénile c'est une résistance moins grande de l'organe envahi et une résistance plus grande à la généralisation de la maladie. Nous verrons plus loin en effet que chez le vieillard, la tuberculose détermine dans le poumon un processus ulcératif très marqué, que les cavernes y sont souvent d'un grand volume et contrastent d'ordinaire avec le peu d'étendue en surface des lésions, avec le petit nombre des foyers caséeux.

Quant aux cas plus rares, où la généralisation s'est faite avec la même intensité que chez l'adulte, nous en sommes réduits à admettre une virulence plus grande des bacilles ou une déchéance plus marquée de l'organisme.

Les grandes divisions établies pour la tuberculose pulmonaire de l'adulte sont applicables à celles du vieillard. Chez celui-ci comme chez celui-là on observe une phtisie chronique, une phtisie à marche rapide ou galopante et une granulie.

1<sup>o</sup> PHTISIE CHRONIQUE. — Elle évolue et se présente en clinique sous différentes formes. Certaines de ces formes reproduisent, avec des modifications sur lesquelles nous insisterons les caractères de la phtisie de l'adulte : d'autres, sans lui être particulières sont plus spécialement observées chez le vieillard, d'autres enfin méritent d'être individualisées en raison de leur rareté chez ce dernier ou parce qu'elles ne se rencontrent que chez lui.

Souvent l'affection reproduit dans ses grandes lignes la *phtisie ulcéreuse* commune de l'adulte avec ou sans concomitance de pneumonie caséreuse.

D'autres fois, l'hémoptysie si rare dans la forme vulgaire prend une importance particulière soit par sa fréquence, soit

par son abondance, elle peut même amener la mort du malade : il nous a paru juste de décrire une *forme hémoptoïque* de la maladie.

Parfois, les lésions tuberculeuses sont peu marquées ou douteuses même pour le clinicien : elles sont alors masquées par une lésion secondaire comme l'emphysème qui avant la découverte du bacille englobait nombre de tuberculoses non diagnostiquées : souvent aussi, dans ces cas, la phtisie est fibreuse : on doit décrire une *forme emphysémateuse, fibreuse* de la phtisie sénile.

Parfois encore, l'infiltration par la matière tuberculeuse reste ignorée ou à peu près en tant que lésion du poumon et se traduit par un épanchement pleural qui semble constituer toute l'affection : c'est la *forme pleurétique*.

Enfin la tuberculose peut évoluer sourdement, arriver à la période d'excavation même sans que le malade en souffre à proprement parler, ou s'en aperçoive et être seulement diagnostiquée, pourrait-on dire avec la mort du sujet : c'est une véritable *forme latente*.

2° FORMES AIGUES. — Quand la tuberculose sénile prend des allures aiguës, elle se montre également sous des formes diverses.

Suivant l'état anatomique ou suivant la prédominance de tel ou tel symptôme, on observe une *forme catarrhale*, une *forme pneumonique*, une *forme pseudo-pneumonique*, une *forme typhoïde*, une *forme broncho-pneumonique*, une *forme latente* et enfin des *formes anormales* difficiles à cataloguer.

## CHAPITRE IV

### Formes chroniques.

#### § 1. — **Phthisie pulmonaire.**

Dans ses grandes lignes, la maladie, on le conçoit aisément, ressemble à celle de l'adulte. Précédée ou non de bronchites à répétitions, de fluxions pulmonaires, de pleurésie, etc., la tuberculose s'installe peu à peu et, au bout d'un temps variable, aboutit à la formation de cavernes et à la mort du malade.

Toutefois même dans cette forme commune habituelle, la ressemblance n'est pas complète.

*L'habitus extérieur*, si caractéristique chez les malades adultes, fait ici défaut. Il n'existe pas, à proprement parler de facies phthisique chez le vieillard. Tous les signes qu'on pourrait lui attribuer, sont moins le fait de la cachexie tuberculeuse que de la caducité sénile.

*L'amaigrissement* est en général très prononcé ; il porte sur tout le corps, mais il est principalement accentué sur le thorax. Parfois cependant un embonpoint assez notable persiste assez longtemps, comme dans l'observation qui nous a été communiquée par notre collègue Barrié. Des déformations osseuses peuvent s'observer du côté des phalanges digitales (doigts hippocratiques).

La *toux* est faible, peu fréquente, elle pourrait même manquer (Mouretton).

D'après Prus, M. Marfan, *l'expectoration* serait peu abondante, jusque nulle. Suivant M. Marfan, cette absence d'expectoration tiendrait à ce que le vieillard, comme l'enfant, déglutit ses crachats. Weil (1) ajoute que les crachats « n'offrent pas les caractères qu'on leur trouve dans la phthisie d'un âge moins avancé ».

D'après nos propres observations, il semble en effet que les crachats expectorés sont d'ordinaire un peu moins abondants que chez l'adulte. Cela peut tenir ou à ce que le malade en déglutit une partie ou peut-être à ce que les crachats sont produits en moins grande quantité en raison du peu de dissémination des lésions. Pour Gilbert (2) cette rareté de l'expectoration reconnaîtrait une cause purement anatomique : elle serait due à ce que les cavernes sont souvent revêtues d'une paroi fibreuse secrétant très peu.

Cette question d'abondance mise à part, les crachats nous ont toujours paru présenter les caractères ordinaires des crachats tuberculeux : ils sont verdâtres, puriformes, nummulaires (3).

La teneur en bacilles des produits expectorés est variable : tantôt ceux-ci sont très abondants, tantôt il est nécessaire de faire un assez grand nombre de lamelles pour en trouver quelques-uns discrètement répandus dans la préparation (4).

(1) Weil. *Loc. cit.*

(2) GILBERT. *Tuberculose pulmonaire chronique chez le vieillard*. Thèse de Paris, 1883.

(3) RUELLE. *Etude sur la tuberculose pulmonaire des vieillards*. Thèse de Paris, 1883.

(4) Toutes nos recherches de bacilles ont été faites par le procédé de Ziehl.

Quant à *l'hémoptysie*, elle est extrêmement rare ; nous l'étudierons en détail à propos de la forme hémoploïque.

Dans cette forme commune de l'affection, la *dyspnée* est peu marquée. Le malade ne s'en plaint guère ; elle est, comme on l'a dit, « plus objective que subjective ». Nous verrons plus loin dans les cas où l'emphysème est associé à la tuberculose que le symptôme dyspnée prend alors une toute autre importance.

Comme l'avait déjà signalé Prus, les *sueurs* sont d'ordinaire peu abondantes et, dans les cas où elles existent, elles sont moins tenaces et moins persistantes que chez l'adulte.

Les *douleurs thoraciques* ou autres (1) sous forme de points névralgiques, de gêne dans les mouvements respiratoires ou dans certaines positions se rencontrent très souvent.

La *fièvre* est constante, et ne présente pas, quoiqu'en disent certains auteurs, les caractères qu'elle affecte chez les gens moins âgés. Elle n'est jamais très élevée, atteint rarement 39° et oscille d'ordinaire entre 37° 5 et 38° 5. L'exaspération vespérale est peu élevée, parfois même n'existe pas. Comme les maxima et les minima thermiques sont peu prononcées, il en résulte qu'on n'observe que chez le vieillard les grandes oscillations qui chez l'adulte révèlent la pénétration dans le système circulatoire d'agents fébrigènes.

Quant aux symptômes fournis par les autres appareils, ils ne sont pas non plus très rares.

Les *troubles digestifs*, caractérisés par de la dyspnée, des vomissements, par de la diarrhée, quelquefois précoces, sont notés souvent dans les observations des différents auteurs. Ces

(1) WEILL. *Revue de médecine*, juin 1893.

troubles sont ou non l'expression d'une altération anatomique de ces différentes organes.

Des *lésions laryngées*, des *pleurésies*, de la *tuberculose des organes génito-urinaires*, des *altérations osseuses*, *ganglionnaires* et même *cérébrales* sont citées par Moureton, Ruelle, Gilbert etc., et dans quelques-unes de nos observations. Nous n'y insisterons pas.

Ces complications font pour ainsi dire partie du cortège symptomatique de la tuberculose pulmonaire sénile et ne diffèrent de celles observées chez l'adulte que par leur moindre fréquence et leur moindre intensité.

SIGNES PHYSIQUES. — La valeur des signes physiques dans la symptomatologie de cette forme, est diversement appréciée par les auteurs. Prus regarde le gargouillement et la pectoriloquie comme moins fréquents que chez l'adulte. Le râle muqueux s'observerait également plus rarement, à cause de crachats contenus dans les cavernes.

Geist de son côté, pense que les signes physiques ont peu de valeur pour dépister la tuberculose chez le vieillard : le diagnostic, selon lui, se fait plutôt par l'ensemble des symptômes que par l'auscultation et la percussion.

Nous considérons, pour notre part, l'opinion de l'auteur allemand, comme tout à fait exagérée en ce qui concerne la forme que nous avons en vue et nous ne pouvons pas souscrire davantage à ces lignes de Ruelle (1). « Les signes cavitaires sont également rares chez le vieillard, et cela vient de la petitesse des cavernes. Presque jamais, on ne rencontre comme chez l'adulte de ces vastes cavités, grosses comme le

(1) RUELLE. *Loc. cit.*

poing ou même occupant la totalité d'un lobe réduit à une coque fort mince ».

Comme Beau (1), nous avons toujours trouvé chez les vieillards les signes stéthoscopiques propres aux lésions tuberculeuses ; dans tous les cas que nous avons pu observer, les signes fournis par l'examen du poumon ont été aussi nets que possible et les autres symptômes n'ont fait que corroborer les renseignements principaux qui en résultaient. Ce qui est vrai, c'est qu'on constate souvent une atténuation, une moindre intensité dans les signes d'auscultation, tenant sans doute aux modifications anatomiques de la cage thoracique et à la faiblesse des différents actes respiratoires chez le vieillard.

#### DE LA NUTRITION DANS LA TUBERCULOSE SÉNILE.

L'état de la nutrition dans la tuberculose sénile jugé par l'examen des urines était intéressant à connaître. Notre cher maître, M. Albert Robin, a bien voulu nous remettre sur ce point de chimie biologique l'importante note suivante que nous transcrivons intégralement.

La nutrition des tuberculeux séniles ne diffère pas essentiellement de ce que l'on observe dans la tuberculose de l'adulte. Cependant, il est quelques points de détail qui méritent d'être relevés :

1° La *polyurie* est moins fréquente chez le vieillard tuber-

(1) BEAU. Etudes cliniques sur les maladies des vieillards. *Journal de médecine de Beau*, 1843.

culeux que chez l'adulte. Ainsi sur 78 phtisiques adultes étudiés à ce point de vue, j'ai trouvé 15 polyuriques avec des quantités journalières d'urine variant de 1800 à 4300 cc. soit une moyenne de 20 0/0 des cas. Or 25 observations de tuberculose sénile ne m'ont fourni que deux polyuriques.

2° La *phosphaturie* est aussi moins fréquente et moins élevée que chez l'adulte et cela dans de très grandes proportions. Aussi le diagnostic de la tuberculose du vieillard ne peut-il utiliser que dans des cas tout à fait exceptionnels cette donnée de la phosphaturie que rend parfois les veines chez l'adulte aux premières périodes de la maladie alors que l'on hésite souvent entre la chlorose et la phtisie commençante.

3° Le *chiffre des matériaux fixes* qui exprime dans son ensemble l'activité nutritive est fort abaissé. Chez l'adulte la moyenne oscille de 29,48 à 50,81 par 24 heures, suivant la période de la maladie. Ils s'abaissent chez le vieillard à 26 gr. environ.

4° Au contraire, le *rapport des matériaux inorganiques aux matériaux solides*, rapport auquel on peut donner, dans certains cas, le nom de *coefficient de déminéralisation*, monte à 45, 6 0/0 au lieu du chiffre normal de 30 à 33 0/0. Toutes choses égales d'ailleurs, la *nutrition inorganique* est plus active que la nutrition organique chez le tuberculeux sénile. Dans la phtisie de l'adulte, les matériaux inorganiques subissent des variations trop étendues pour qu'on puisse les résumer dans une formule d'ensemble. Le *coefficient de déminéralisation organique* (Albert Robin) n'est augmenté, chez l'adulte, qu'aux premières périodes de la maladie.

5° Il en est de l'*urée* comme des matériaux solides pris en bloc. Elle n'atteint que la moyenne de 8 grammes alors que

la moyenne la plus faible obtenue chez les adultes arrivés à la troisième période s'élève encore à 10 gr. 93.

6° Les *matières extractives azotées* sont au moins aussi considérables que chez l'adulte, mais elles sont très augmentées si l'on considère leur rapport avec l'urée.

7° Les *oxydations azotées* sont fort diminuées : elles ne sont qu'à 74,4 0/0 au lieu de la normale de 85 0/0. Par conséquent non seulement les échanges azotés sont diminués, mais les produits de la désintégration azotée ne subissent même qu'une évolution extrêmement imparfaite. En somme la tuberculose sénile fournit l'un des exemples les plus frappants de la diminution et du retard dans les échanges organiques et dans les oxydations.

Voici le résumé de quatre analyses faites chez des tuberculeux de 65 à 72 ans (M. Alb. Robin).

|                                                                |           |                  |
|----------------------------------------------------------------|-----------|------------------|
| Matériaux fixes. . . . .                                       | 25, 97    |                  |
| — organiques . . . . .                                         | 14, 08    |                  |
| — inorganiques . . . . .                                       | 11, 89    |                  |
| Azote total . . . . .                                          | 4, 99     |                  |
| Azote de l'urée. . . . .                                       | 3, 70     |                  |
| Urée. . . . .                                                  | 8, 01     |                  |
| Acide urique . . . . .                                         | 0, 17     |                  |
| Matières extractives azotées . . . . .                         | 3, 87     |                  |
| Coefficient d'oxydation azotée. . . . .                        | 74, 4 0/0 |                  |
| Matières ternaires . . . . .                                   | 2, 03     | (par différence) |
| Chlorure de sodium. . . . .                                    | 7, 56     |                  |
| Acide phosphorique total . . . . .                             | 1, 03     |                  |
| Acide phosphorique du phosphore incomplètement oxydé . . . . . | 0, 008    |                  |
| Ph $\neq$ O : Azote total . . . . .                            | 20, 6 0/0 |                  |
| Matériaux inorganiques. Matér. fixes. . . . .                  | 45, 6 0/0 |                  |

**Marche. — Durée. — Terminaison.** — L'évolution des lésions dans cette forme de la maladie, a lieu plus ou moins lentement. « La marche de la phtisie du vieillard, disent les auteurs du compendium, est essentiellement chronique. Elle affecte une forme lente, insidieuse et anormale qui peut donner lieu à des erreurs de diagnostic, si l'on n'a pas l'habitude d'explorer attentivement les voies respiratoires ». Cette évolution des lésions marche de pair avec un affaiblissement progressif qui tient le malade immobilisé au lit.

Elle peut être entrecoupée par des incidents variables (diarrhée, pleurésie, hémoptysie etc.) qui ont d'ordinaire pour effet d'accélérer la marche de la maladie.

La mort du malade survient au bout d'un temps variable, plus rapidement que chez l'adulte (Louis), plus lentement que chez lui d'après la majorité des auteurs. La terminaison fatale a lieu soit par les progrès de la cachexie tuberculeuse, soit par le fait d'une autre localisation de la maladie, soit enfin par une poussée aiguë de granulations parties du foyer chronique.

Il nous resterait à faire le *diagnostic* de cette forme ; il faudrait la distinguer, ainsi que les autres variétés que nous allons décrire, de la bronchite chronique, de la bronchectasie, de la bronchopneumonie chronique, de l'emphysème etc.

Pour ne pas le répéter à propos des formes suivantes nous dirons que tous les signes basés sur l'examen clinique approfondi du malade et qui sont classiques doivent s'effacer devant la recherche du bacille qui reste le seul signe certain de l'affection.

OBS. I. (Personnelle). — *Phtisie ulcéreuse chronique.* — *Pneumonie caséuse du lobe inférieur gauche.* — La nommée L. L..., âgée de 60 ans,

journalière, entrée dans le service de M. Albert Robin à la Pitié, salle Lorain, n° 28, le 5 mars 1893.

*Antécédents héréditaires.* — La malade ne peut fournir à ce sujet que des renseignements fort incomplets. Elle ignore de quelle maladie et à quel âge sont morts son père et sa mère. Elle a eu 12 frères et sœurs dont 3 sont encore vivants. Elle sait seulement qu'une de ses sœurs est morte bossue à l'âge de 13 ans ; ses oreilles coulaient.

*Antécédents personnels.* — Son mari est mort par accident. Il ne toussait pas. Elle n'a pas eu d'enfants et n'a jamais été réglée. A six ans, soignée pour une affection oculaire dont il reste actuellement des traces sous forme d'une taie cornéenne de l'œil gauche. Pas d'otite. Vers l'âge de 14 ans, on lui a ouvert des ganglions du cou abcédés ; on disait qu'elle avait des humeurs froides. Soignée pour une gastrite il y a une trentaine d'années. Il y a environ 15 ans, vomissements de sang sans cause appréciable. Depuis cette époque a beaucoup souffert de privations.

Le début de l'affection qui l'amène à l'hôpital remonte à 4 années environ. A ce moment douleurs vives dans la région précordiale qui l'empêchaient de se coucher sur le côté gauche. Il n'y avait ni toux, ni sueurs, ni fièvre et la malade continua son travail.

Il y a 2 ans environ, elle se mit à tousser et à cracher ; une hémoptysie se produisit à cette époque, puis l'appétit et les forces diminuèrent.

Au mois de janvier 1893, épistaxis durant 2 jours, expectoration abondante, perte totale de l'appétit, pas de vomissements ni de diarrhée. Amaigrissement rapide.

Enfin, il y a un mois elle est obligée de cesser son travail à cause de sa faiblesse ; elle est prise de fièvre tous les soirs ; elle entre à l'hôpital le 5 mars.

*Etat actuel.* — Malade de petite taille, très amaigrie, pesant seulement 30 kilogrammes. Veines très apparentes sur les membres inférieurs et sur la paroi abdominale. Ongles hiphocratiques.

*Signes thoraciques.* — Thorax émacié, les côtes, les omoplates et les apophyses épineuses sont extrêmement saillantes.

A gauche, vibrations thoraciques exagérées dans presque toute la

hauteur du poumon en arrière. Matité complète dans les fosses sus et sous-épineuses, submatité dans le reste de l'étendue. Percussion douloureuse. Souffle caverneux et gargouillement dans le 1/3 supérieur, souffle et râles cavernuleux à la partie moyenne. Gros râles, vers la base. En avant, matité sous-claviculaire. Souffle et râles sous-crépita-

*A droite.* — Matité dans la région sus-épineuse. Quelques râles sous-crépitaux avec un foyer de gargouillements et un peu de souffle vers l'épine de l'omoplate. En avant légère submatité sous-claviculaire, râles sous-crépitaux fins.

*Appareil circulatoire.* — Cœur régulier, la pointe bat sous le mamelon gauche. Léger souffle vers la pointe. Artério-sclérose marquée.

*Appareil digestif.* — Pas d'appétit, digestion difficile, pas de vomissements ni de diarrhée. *Foie* et *rate* normaux. Quelques ganglions axillaires à gauche.

La dyspnée est modérée. Sueurs nocturnes assez abondantes. Urines ne contenant ni sucre ni albumine.

*4 avril.* — Sécheresse de la bouche, douleur à la mastication, muquet.

*20.* — On est obligé de cesser les lavements créosotés donnés depuis le début, à cause de la diarrhée. Oxygène tous les soirs. Potion de Todd. La malade maigrit d'un kilog.

*8 mai.* — État stationnaire ; on perçoit du gargouillement sous la clavicule gauche.

*21.* — Affaiblissement extrême. La malade a encore diminué de 500 grammes ; elle ne pèse plus que 28 kilog. 500. Les sueurs ont disparu. Diffusion des signes de ramollissement dans le poumon gauche. Souffle amphorique. Expectoration relativement peu abondante contenant de nombreux bacilles de Koch. Dyspnée intense.

*Mort le 28 mai.* — La température, depuis l'entrée de la malade dans le service, n'a jamais dépassé 39°,8, chiffre qu'elle n'atteint que deux fois, elle s'est maintenue aux environs de 38°, souvent même au dessous. La marche a été très irrégulière sans jamais présenter les grandes oscillations habituelles.

*AUTOPSIE.* — *Poumon droit.* Adhérences assez résistantes à la partie

moyenne et au sommet du poumon droit. On peut cependant extraire le poumon sans qu'il se déchire. A la coupe, nombreux tubercules caséux dans les 2/3 supérieurs de l'organe. Une cavernule de la dimension d'une noisette vers le sommet. Dans le 1/3 inférieur, quelques tubercules caséux disséminés. Emphysème vésiculaire du bord antérieur et de la base du poumon.

*Poumon gauche.* Adhérences costo-péricardiques. Poumon très adhérent sur toute son étendue, surtout dans sa moitié supérieure qu'on ne peut enlever sans la déchirer. Tout le lobe supérieur contient plusieurs cavernes de dimensions variables dont la plus grande est du volume d'un œuf de poule. Le sommet en particulier est transformé en un tissu caverneux dont les parois restent adhérentes à la cage thoracique. Le lobe inférieur est induré, transformé en un bloc d'hépatisation tuberculeuse (Pneumonie caséuse). Ganglions du hile légèrement hypertrophiés et colorés en noir.

*Cœur.* Petit, pesant 240 grammes. Taches laiteuses du feuillet viscéral du péricarde. Hypertrophie concentrique du ventricule gauche dont la cavité est très minime. Léger athérome aortique.

*Foie.* Entouré d'une zone de périhépatite, petit, pesant 1030 grammes, renfermant 2 nodules caséux, l'un gros comme un pois vers son bord postérieur, immédiatement sous la capsule de Glisson ; l'autre un peu plus petit à la partie moyenne du lobe droit, vésicule biliaire modérément distendue, sans calculs.

*Rate.* De consistance et d'aspect normaux pesant 140 grammes.

*Estomac.* Petit, ratatiné sans lésions visibles.

*Rein droit.* Lobulé, contenant un petit kyste, pesant 150 grammes.

*Rein gauche.* Très petit, pesant 100 grammes, très lobulé.

*Utérus.* Très petite cavité perméable pour le stylet.

*Encéphale.* Normal.

OBS. II. (Personnelle). — *Phthisie ulcéreuse chronique.* — Le nommé H... âgé de 61 ans distributeur, entre salle Piorry à la Pitié dans le service de M. Alb. Robin, le 15 avril 1893.

*Antécédents héréditaires.* — Son père est mort à l'âge de 30 ans ; il était alcoolique, Sa mère est morte paralytique à 72 ans. Il a perdu sa

femme en 1872 de *tuberculose pulmonaire* ; elle avait 38 ans, 2 enfants actuellement âgés de 35 et 38 ans, bien portants.

*Antécédents personnels.* — Rougeole étant enfant. Pas d'adénites pendant son jeune âge. Ni syphilis, ni alcoolisme. Bien portant jusqu'en 1870, époque à laquelle il contracta une fluxion de poitrine qui le tint malade pendant six mois. Pendant sa convalescence, il est pris de *variole* dont on voit encore les traces sur le visage. Depuis ce moment a été bien portant. Vers la fin de janvier 1893 il a commencé à tousser et à avoir un peu de fièvre vespérale. Il y a quinze jours, vers le soir, il ressent un frisson violent ; céphalalgie, courbature, toux pénible, expectoration abondante, amaigrissement notable et progressif. Il entre à l'hôpital.

*Etat actuel.* — Malade très amaigri. Le squelette se dessine sous la peau. Ventre excavé en bateau.

*Thorax. A gauche. En arrière.* Matité dans la moitié supérieure du poumon. Légère augmentation des vibrations thoraciques. Souffle, gargouillement et gros râles. Bronchophonie. *En avant.* Bruit de pot fêlé. Souffle amphorique et gros râles en faisant tousser le malade.

*A droite. En arrière.* Matité dans le 1/3 supérieur. Souffle localisé au sommet. Quelques râles sous-crépitants.

*En avant.* Quelques râles humides. Expectoration abondante, purulente, nummulaire, contenant de nombreux bacilles.

*Appareil digestif.* Langue normale. Appétit diminué, dégoût de la viande. Pas de vomissements, diarrhée de temps en temps, de courte durée. *Foie*, normal. *Rate*, petite.

Rien au cœur qui présente son volume ordinaire. Urines en quantité normale, sans albumine. Température peu élevée, oscillant autour de 38°, sans grandes élévations vespérales.

Le malade maigrit de jour en jour, perd complètement l'appétit, il meurt le 24 mai.

*AUTOPSIE.* — *Poumon gauche.* Très adhérent au plastron sternal et sur presque toute son étendue. On ne peut l'enlever sans le déchirer.

Le lobe supérieur est tout entier transformé en une vaste caverne. Le reste du poumon est infiltré de matière tuberculeuse ayant déter-

miné la formation de nombreuses cavernules de volume d'un poids à celui d'un haricot.

*Poumon droit.* Adhérent aux parois costales au niveau de son sommet. A sa partie inférieure, léger épanchement pleural citrin. Sa moitié supérieure est infiltrée de tubercules en voie de ramollissement. Vers la base, granulations tuberculeuses jaunâtres disséminées. Ganglions du hile hypertrophiés et mélaniques.

*Péricarde normal.* Légère ectasie du grand sinus de l'aorte.

*Cœur.* Pesant 260 grammes recouvert de plaques laiteuses vers la base des ventricules. Myocarde d'épaisseur normale. Valvule mitrale un peu épaissie. *Intestins,* congestionnés par places, sans ulcérations.

Obs. III. (Communiquée par notre collègue et ami BARRIÉ). — *Pneumonie chez un emphysémateux.* — *Tuberculose pulmonaire consécutive.* — Le nommé M. âgé de 71 ans, cocher, entre dans le service de M. le Dr Huchard à l'hôpital Bichat, salle Bazur, n° 22.

*Antécédents héréditaires.* — Nuls.

*Antécédents personnels.* — Soigné pour une bronchite à l'hôpital Bichat.

Le 1<sup>er</sup> juin 1893, le malade est pris de frissons, point de côté à droite, fièvre. Il entre à l'hôpital. On constate dans les deux poumons des râles de bronchite. — Dans l'aisselle droite; foyer de râles sous-crépitaux fins. Température 40° le soir, 39° le matin.

Le malade tousse beaucoup; expectoration abondante, crachats visqueux, adhérents au vase, fortement rouillés. Battements du cœur sourds, légère arythmie.

Le diagnostic porté fut : Pneumonie congestive droite chez un emphysémateux.

*Traitement.* — Ventouses sèches. Potion de Todd. 30 gouttes de digitalie cristallisée.

Au bout de trois jours, la température était descendue à 39° : la dyspnée était moins forte, mais les signes d'auscultation persistaient. Le foyer du côté droit avait augmenté et on entendait les râles sous-crépitaux non seulement dans l'aisselle, mais encore sous la clavicule droite.

L'état du malade resta stationnaire pendant quinze jours, la température atteignant toujours 38° 5 à 39° le soir pour descendre le matin à 38° ou 37° 6. L'expectoration n'était plus sanguinolente, mais formée par de gros crachats verts de bronchite.

Vers le 20 juin, la fièvre a complètement disparu, mais le malade est très faible, il mange peu, tousse beaucoup et a des sueurs nocturnes. A l'auscultation, les râles de bronchite, sont diminués dans le poumon gauche, mais les râles sous-crépitaux persistent sous la clavicule droite où existe également de la matité. En présence de la persistance de ce foyer, l'examen des crachats fut pratiqué et révéla l'existence de nombreux pneumocoques et de bacilles de Koch.

Le 14 juillet, le malade sort très amélioré au point de vue général, mais présentant toujours son foyer sous la clavicule droite.

Il reprend son métier de cocher, mais il se sent très faible et doit rentrer à l'Hôpital le 24 août.

L'aspect général n'est pas mauvais, il est gros et gras et n'a nullement l'aspect d'un tuberculeux. Il n'a pas de fièvre, mais il tousse beaucoup, dans la nuit et n'a pas beaucoup d'appétit.

A l'auscultation on entend sous la clavicule droite de gros râles sous-crépitaux. A ce niveau matité très nette. En arrière, dans la fosse sus-épineuse, on entend quelques craquements après la toux. A gauche quelques râles de grosse bronchite et un peu d'expiration prolongée.

1<sup>er</sup> octobre. — Sous l'influence du repos, l'état général s'améliore, mais les signes physiques restent stationnaires. Les crachats sont verdâtres et l'examen y décèle la présence de bacilles tuberculeux en petite quantité. Le malade sort le 4 octobre.

Il est probable que dans l'observation précédente, la tuberculose existait déjà avant l'apparition de la pneumonie, à l'état plus ou moins latent et que l'affection aiguë intercurrente n'a fait que donner un coup de fouet à l'affection bacillaire des poumons. L'apparition de bacilles de Koch dans l'expectoration vingt jours après le début de la pneumonie nous semble en faveur de cette manière de voir.

§ 2. — **Forme hémoptoïque.**

L'hémoptysie est rare dans la tuberculose sénile (1) tous les auteurs sont d'accord sur ce point ; il n'y a guère que Louis qui prétende que la tuberculose s'accompagne d'autant plus d'hémoptysie que le sujet est plus âgé.

Cependant dans certains cas, peu fréquents, l'hémoptysie a été observée. Il ne suffit pas toutefois que cette perte de sang se produise pour qu'on soit autorisé à établir une forme hémoptoïque de la tuberculose chez le vieillard. Nous rangeons sous cette dénomination les cas où par sa fréquence, sa répétition et son abondance le phénomène hémorragie a pris une importance telle qu'il occupe la première place dans la symptomatologie de l'affection.

Il est difficile d'expliquer pourquoi la tuberculose suit alors cette allure sanglante qui fait défaut dans la généralité des cas. L'hémoptysie est-elle un phénomène purement contingent ? Existe-t-il là une sorte d'infection hémorragique analogue aux faits décrits récemment par Babès ? (2) Nous ne savons : toujours est-il que cette dernière hypothèse mérite d'être prise en considération car, dans un cas de Mouretton, la maladie s'accompagne de taches purpuriques cutanées avec ecchymoses articulaires semblant indiquer l'existence d'une véritable altération du sang.

Quelle que soit la pathogénie, d'ailleurs probablement non univoque de ces différents cas de tuberculose hémoptoïque,

(1) EMILE ROLLET. Ueber Bluthusten im Greisenalter. *Wiener medizinische Presse*. Janvier 1875.

(2) BABÈS. *Arch. Médéc. expériment.* Juillet 1893.

cette forme de la maladie mérite d'être individualisée en raison même de sa rareté et pour les raisons que nous avons dites plus haut.

Comme chez l'adulte, l'hémoptysie apparaît parfois au début de la maladie (observ. II de la thèse de Weil) : elle est alors d'ordinaire peu considérable et constitue surtout un signe révélateur. Parfois encore, on la voit survenir dans le cours de l'affection, se répétant à plus ou moins long intervalle (observ. personnelle). Plus souvent, elle est un symptôme tardif de la maladie, elle coïncide avec la période d'excavation. C'est aussi l'opinion de Thomas (1) qui admet que chez les vieillards tuberculeux le crachement de sang n'est pas un phénomène initial comme chez l'adulte, mais coïncide avec la présence des cavernes pulmonaires.

L'hémoptysie peut être si considérable qu'elle cause la mort du malade soit immédiatement (observ. de Moureton, de Quesne (2), Cornil (3), soit au bout de quelques jours. Dans ce dernier cas, on peut observer à la suite de l'hémorragie pulmonaire une véritable syncope (observ. personnelle).

Ces grandes hémoptysies ne sont pas toujours précédées des signes de l'affection tuberculeuse des poumons : dans deux des observations de Moureton elles ont pour ainsi dire été le premier et le dernier symptôme d'une phthisie latente jusque là.

Quelquefois une élévation de température accompagne le crachement de sang, comme dans un de nos cas, ordinaire-

(1) L. THOMAS. *De l'hémoptysie dans la vieillesse*, thèse de Paris, 1873.

(2) QUESNE. *Soc. anat.*, 1824.

(3) CORNIL. Cité par MOURETON.

ment une chute assez considérable de la fièvre en conséquence.

Contrairement à l'opinion de Day, de Jardin le pronostic de cette forme hémoptoïque de la maladie, au moins pour les hémoptysies de la période de cavernes, est excessivement sérieux et il est vrai que, comme le soutenait Geist, la phtisie a une durée moins longue quand elle s'accompagne d'hémoptysie.

\* A l'autopsie, on constate d'ordinaire le foyer hémorrhagique sous forme de sang épanché dans l'intérieur d'une caverne, mais il est parfois difficile de reconnaître le vaisseau ulcéré origine de l'hémoptysie.

Obs. IV. (Personnelle). — Le nommé L... François, âgé de 70 ans, commissionnaire, entre dans le service de M. Alb. Robin à la Pitié, salle Piorry, n° 37, le 16 mai 1893.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 75 ans de cause inconnue. Mère morte à 55 ans du choléra. A. eu un frère et une sœur. Le premier est encore vivant, la seconde est morte à 55 ans. Le malade est lui-même marié ; sa femme est bien portante ainsi que ses enfants.

*Antécédents personnels.* — Pas d'engorgement ganglionnaire dans son enfance. Fluxion de poitrine (?) à 25 ans, ayant duré 2 mois, sans hémoptysie. Vers l'âge de 30 ans, nouvelle fluxion de poitrine (?). Durée 5 semaines. Deux ans après, congestion pulmonaire. Bien portant, jusqu'il y a 2 ans. Il est alors entré à la Pitié ; il toussait et rendait des crachats blanchâtres. Reste 2 mois à l'hôpital. A sa sortie peut reprendre son travail. Ni alcoolisme, ni syphilis. Il y a 4 mois, à la suite de grandes fatigues, a été pris de lassitude avec expectoration jaunâtre, parfois *striée de sang*. Il commence à maigrir et à perdre l'appétit. Ni vomissements ni diarrhée. Sueurs nocturnes. Il y a 2 mois, *légère hémoptysie* et dyspnée prononcée.

*Etat actuel.* — Malade dont l'amaigrissement porte principalement

sur le tronc et les membres supérieurs. Pommettes violacées, clavicules saillantes.

*Appareil respiratoire.* Pas de troubles de la voix. *Thorax. En avant.* Région sous-claviculaire gauche. Submatité à la percussion. Expiration un peu prolongée. Murmure respiratoire s'entendant mal, de temps en temps quelques craquements secs. Région sous-claviculaire droite. Matité. Souffle anormaux, presque amphorique avec quelques gargouillements. Renforcement de la voix. Souffle et gargouillement augmentant par la toux. *En arrière. A gauche.* Sonorité normale dans les 2/3 inférieurs et légère submatité au sommet. A l'auscultation, respiration soufflante au sommet avec quelques petits râles sous-crépitaux fins. *A droite.* Sonorité normale dans les 2/3 inférieurs. Matité complète au sommet. A l'auscultation, souffle intense caveux avec râles crépitaux. Renforcement de la voix.

Expectoration nummulaire, purulente. Crachats renfermant des bacilles en assez petite quantité.

*Appareil digestif.* Langue normale. Appétit modéré. Ni diarrhée, ni vomissements. Ventre non douloureux à la palpation. *Foie* petit, ne débordant pas les fausses côtes. *Rate* normale. Quelques ganglions inguinaux. Rien du côté du testicule. Urines rares dès les premiers jours de son entrée (750 gr. dans les 24 heures) augmentant bientôt de quantité et variant de 1200 à 2000 grammes. Pas d'albumine.

*Appareil circulatoire.* Cœur régulier, pas hypertrophié. Athérome des radiales. Pouls normal.

Rien du côté du *système nerveux*.

4 juin. — Un peu d'œdème des jambes. Amaigrissement s'accroît. Depuis quelques jours, diarrhée. Urohématine très abondante dans l'urine.

11. — Dépôt abondant de phosphates dans l'urine.

13. — Œdème des jambes très prononcé. Urohématine abondante dans l'urine.

21. — *Hémoptysie abondante* (une cuvette et un crachoir). Faiblesse très grande. A la suite de cette hémorrhagie, l'urohématine augmente dans l'albumine.

22. — Hémoptysie a cessé.

24. — Œdème a envahi la paroi abdominale et une *nouvelle hémoptysie* s'est produite. Syncope à la suite de cette hémorrhagie. Albumine dans l'urine. Mort dans la journée. Depuis son entrée la température s'est maintenue au-dessus de 39° qu'elle n'atteint que trois fois, dont une fois le jour de son hémoptysie, le reste du temps elle est restée entre 37° 5 et 38° 8, sans grandes oscillations.

AUTOPSIE. — Poumon droit. Légères adhérences du sommet droit. La plèvre est fortement épaissie. Tout le lobe supérieur est creusé de cavernes tuberculeuses. Son tissu est très faible et se déchire sous la main. Au niveau du sommet, caverne du volume d'un œuf de pigeon, contenant un liquide à la fois purulent et sanguinolent. L'hémorrhagie provient sans doute de cette caverne, mais il est impossible de trouver le vaisseau par lequel l'hémoptysie s'est produite. Le lobe moyen et le lobe inférieur présentent des lésions tuberculeuses beaucoup moins prononcées ; à peine quelques granulations en voie de transformation caséuse du niveau du hile. Ganglions hypertrophiés à contenu caséux.

*Poumon gauche.* Très adhérent à la paroi thoracique et congestionné dans le lobe supérieur vers le sommet quelques nœux caséux dans le reste du poumon, plusieurs foyers de caséification avec des tubercules jaunâtres disséminés.

*Foie.* Pèse 1300 grammes, présente une dégénérescence graisseuse très nette. Pas de calculs biliaires.

*Rate.* Pèse 120 grammes.

*Cœur.* 280 grammes. Myocarde de couleur jaunâtre. Valvules saines.

*Rein gauche.* 150 grammes, lobulé de couleur normale. Petits kystes à sa surface. Sur une coupe, la substance médullaire et la substance corticale semblent un peu diminuées d'épaisseur, graisse abondante au niveau du bassin.

*Rein droit.* 145 grammes, 2 ou 3 tubercules jaunes dans la substance médullaire. Rien à l'appareil génito-urinaire. Rien du côté de l'intestin et de l'encéphale.

OBS. V. (Thèse de MOURETON). — B. Joseph, âgée de 80 ans, en-

trée à l'infirmerie le 9 avril 1862, elle a déjà vomi du sang 2 ou 3 jours avant son entrée, elle avait en même temps de la diarrhée, de la toux.

Le 24 avril, elle eut une hémoptysie abondante. Le 15 avril au matin, nouvelle hémoptysie promptement suivie de mort.

AUTOPSIE. — *Poumon droit.* Le lobe supérieur est criblé de cavernes; il y en a de petites et de très grandes traversées par des cloisons incomplètes. Les parois, les cordages allant d'une paroi à l'autre sont d'une teinte gris noirâtre; il n'y a pas de véritables tubercules dans les parois, mais on trouve dans ces parois une concrétion ossiforme jaunâtre et irrégulière.

Au-dessus de la portion du poumon criblé de cavernes, il y a un noyau d'infiltration grise. Dans le lobe moyen, on rencontre deux ou trois noyaux de la grosseur d'une noix atteignant la surface, quelques-unes sont plus petites dans le lobe inférieur.

*Poumon gauche.* Tout à fait à sa partie supérieure, le lobe supérieur est induré; tissu blanchâtre fibreux à sa surface et intérieurement, il y a une caverne, revenue sur elle-même, à parois dures, noirâtres. Dans le reste du poumon on trouve 2 ou 3 noyaux d'infiltration grise, et quelques granulations grises; on en trouve également quelques-unes sous les plèvres, dans les ganglions. A la surface de l'intestin, on trouve deux granulations grises et à l'intérieur une cicatrice probablement d'une ulcération tuberculeuse.

OBS. VI (Thèse de MOURETON). — Une femme de 80 ans mourut subitement en rendant par la bouche une grande quantité de sang.

AUTOPSIE. — Les vaisseaux de la pie-mère et les sinus sont gorgés de sang. La cavité de l'arachnoïde contient beaucoup de sérosité colorée en rouge par une assez grande quantité de sang. Le cerveau est sain. On trouve dans la plèvre gauche, quelques amas de sang. Le poumon du même côté offre une couleur livide, il adhère par son sommet à la plèvre costale; on y trouve une caverne du volume d'une grosse noix, communiquant avec un tuyau bronchique et avec la cavité pleurale par une déchirure située à sa partie inférieure. Tubercules miliaires en grand nombre dans le tissu pulmonaire qui l'avoisine, ainsi que dans les autres parties des deux poumons.

La substance pulmonaire est en outre infiltrée de sang coagulé, elle se déchire avec facilité. Les bronches contiennent une écume sanglante. Le cœur est légèrement hypertrophié ; l'aorte présente quelques plaques osseuses. L'estomac renferme un reste de sang mêlé à des haricots non digérés ; la muqueuse est régulièrement colorée en rouge, que le lavage enlève incomplètement, elle a sa consistance normale.

Obs. VII. (Thèse de MOURETON). — Une femme admise de la Salpêtrière fut prise, au moment où elle sortait, d'un vomissement de sang, très abondant et qui fut suivi d'une mort presque immédiate.

AUTOPSIE. — On trouve les deux plèvres farcies de granulations grises, transparentes, assez dures isolées ou agglomérées sur la plèvre pariétale et viscérale. Le poumon droit est surtout malade, une coupe pratiquée dans cet organe, partage une caverne considérable, pleine de sang, sous forme d'un caillot noir. Il existe plusieurs cavernes petites, non pleine de sang.

Toutes les bronches des 2 poumons sont pleines de sang, ainsi que la trachée.

Les reins sont congestionnés, il y a des hémorrhagies dans les glomérules.

Le foie est congestionné, la rate est molle.

### § 3. — **Forme emphysémateuse. — Fibreuse.**

« Par ses rapports si variés avec la phtisie pulmonaire, il « (l'emphysème) donne à cette dernière une allure tellement « trompeuse que bien souvent il l'a fait passer inaperçue ». Ainsi s'exprime M. Hirtz (1). C'est en effet ce qui a eu lieu le plus souvent : l'emphysème qu'il soit antérieur ou consécutif à la tuberculose, occupe bientôt le premier plan et il devient difficile de dépister la lésion importante qu'il masque. Le

(1) HIRTZ. Thèse de Doctorat, Paris, 1878.

même auteur et, après lui, M. Bard (de Lyon) (1) ont bien montré qu'il fallait distinguer deux cas dans la présence simultanée de l'emphysème et de la tuberculose. Dans le premier, les tubercules s'établissent dans un poumon *constitutionnellement* emphysémateux ; dans l'autre, l'emphysème est consécutif à la présence de ces tubercules.

Cette distinction, capitale au point de vue nosologique, est quelquefois difficile à établir dans la pratique et il est alors malaisé de reconnaître quelle a été la lésion initiale, emphysème ou tuberculose. D'ailleurs, au point de vue purement clinique les allures de la maladie n'en sont guère modifiées. Que la tuberculose soit primitive ou secondaire, elle conserve toujours ses allures lentes et torpides qu'elle doit à la présence de l'emphysème. Dans le cas où l'emphysème est un phénomène secondaire, on a parfois affaire à une tuberculose à tendance primitivement scléreuse. C'est dans cette forme qui a été l'objet du travail très remarquable de M. Bard sous le nom de phtisie fibreuse, qu'on voit survenir de préférence la dilatation du cœur droit et l'insuffisance tricuspidiennne qui sont alors véritablement « fonctions de tuberculose ».

La percussion et l'auscultation permettent de reconnaître les signes propres aux deux affections : matité ou submatité aux sommets, sonorité normale ou exagérée dans le reste du poumon : craquements secs ou humides à la partie supérieure, râles muqueux, sibilants dans le reste de l'étendue.

L'hémoptysie dans cette forme est assez fréquente. Parmi les signes fonctionnels, la dyspnée prend ici une importance de premier ordre : elle domine la scène, mais elle ne traduit

(1) BARD. Thèse de Lyon, 1879.

pas la présence des tubercules dans le poumon : elle est l'expression subjective et objective de la lésion emphysémateuse.

On comprend alors la difficulté du diagnostic dans ces cas. Avant l'ère bactériologique, les auteurs se sont efforcés de donner, à l'aide de toutes les ressources, de toutes les subtilités de la clinique, les signes permettant d'établir un diagnostic exact et complet du vivant du malade. Nous n'insisterons pas sur ceux-ci, ils sont admirablement exposés et discutés dans les thèses de MM. Hirtz et Bard : ils ont dû céder le pas au seul véritablement pathognomonique : la présence du bacille de Koch dans l'expectoration.

Si l'on a individualisé cette forme de la maladie, c'est moins en raison de l'association et de la superposition des deux lésions, emphysème et tuberculose qu'à cause des allures particulières que prend la dernière dans ces circonstances. On a longtemps discuté sur l'influence que l'emphysème peut avoir sur la tuberculose, mais il semble qu'aujourd'hui la question est à peu près jugée et on peut dire avec M. Hirtz que « l'emphysème domine la phtisie qu'il accompagne, fait souvent taire pendant des années son expression symptomatique et lui imprime une marche toujours ralentie ».

Cette forme emphysémateuse est assez fréquente chez le vieillard : chez lui, plus encore que chez l'adulte la tuberculose associée à l'emphysème, marche lentement, sans grands signes physiques, avec peu de signes fonctionnels la dyspnée mise à part et le malade meurt moins de sa lésion tuberculeuse elle-même que d'une complication quelconque, cardiaque par exemple, relevant soit de l'emphysème, soit de la phtisie, soit des deux à la fois.

Obs. VIII (due à l'obligeance de M. ALB. ROBIN). — *Emphysème pulmonaire*. — *Tuberculose fibreuse*. — R... âgé de 82 ans, entré le 13 avril 1889, salle Labric, n° 11, à l'hospice des Ménages.

Ce malade présente depuis plus de vingt ans un emphysème et une bronchite chronique (?) très accusés. Il est sujet par moments, sans règle ni cause fixes à des accès d'étouffements qui surviennent de préférence la nuit. Il a eu vendredi matin une crise plus violente que les autres : son visage était violacé, ses yeux injectés et brillants, ses jugulaires turgides, sa respiration haletante et superficielle.

Cette crise s'est calmée vers huit heures et s'est terminée par un besoin impérieux d'aller à la selle.

Il n'a eu ni frisson ni point de côté : ses crachats sont épais, verdâtres, muco-purulents.

A la percussion, matité assez grande dans le côté droit, surtout dans la fosse sus-épineuse et dans la sous-claviculaire.

A l'auscultation, de ce côté, gros râles sous-crépitaux disséminés avec souffle cavitaire s'entendant aux deux temps de la respiration dans les fosses sus-épineuses et sous-claviculaires. Du côté gauche à l'auscultation, respiration faible avec expiration prolongée, mêlée de râles crépitaux. Mais le malade est emphysémateux, sa poitrine globuleuse donne un son tympanique à la percussion. Accentuation du 2<sup>e</sup> bruit aortique : pas de signes d'altération valvulaire. Langue sèche, noirâtre, fendillée. Ventre ballonné. Insomnie. Pas de fièvre 37°2.

Léger louche d'albumine dans les urines.

16 mai. — Amaigrissement, mais appétit conservé. Le malade se plaint de tousser continuellement. A l'auscultation, râles sébillaux et ronflants nombreux, surtout à droite : les autres signes stéthoscopiques n'ont pas varié.

17 août. — Les crachats sont verdâtres, nummulaires. A l'examen bactériologique, on trouve de nombreux bacilles de Koch.

14 octobre. — Le malade s'affaiblit beaucoup : mais l'appétit est toujours conservé ; les fonctions digestives sont intactes. Insomnie. La toux est principalement accusée pendant la nuit. Pendant le jour, le malade est le plus souvent assis sur son lit pour respirer plus facilement.

5 novembre. — Mort à six heures du soir. Depuis huit jours le ma-

lade était somnolent pendant la journée et il fallait lui parler un peu fort pour attirer son attention. Son intelligence et son appétit ont persisté jusqu'au dernier moment. Pas d'élévation de température.

**AUTOPSIE.** — Il existe dans la plèvre droite environ un litre de liquide séreux. Du même côté, le sommet du poumon est entouré d'un paquet de fausses membranes de consistance fibro-cartilagineuse. Ces fausses membranes s'étendent avec une consistance fibreuse sur tout le reste du poumon où elles atteignent deux millimètres d'épaisseur. Il existe de la pleurésie diaphragmatique avec grande quantité de fausses membranes récentes.

Tout le sommet du poumon droit est transformé en un bloc de tissu fibreux, induré et rétracté, creusé de cavernes desséchées, cicatrisées et de dilatations bronchiques. Ça et là, on trouve quelques noyaux calcaires, résidus d'anciens tubercules. En somme la tuberculose est en voie de guérison par transformation fibreuse.

*Poumon gauche*, simplement emphysémateux.

*Rein droit.* Est complètement kystique. Deux de ces kystes situés aux extrémités ont la grosseur d'une orange. Ils contiennent un liquide séreux, citrin. La capsule s'enlève difficilement : l'ongle s'enfonce avec peine dans le parenchyme très résistant. La substance corticale est très diminuée de volume et fait complètement défaut aux points de développement des kystes. Il pèse 132 grammes après l'évacuation de ces kystes.

*Rein gauche.* Pèse 118 grammes. Sa surface est parsemée d'une multitude de kystes séreux de toutes dimensions. Sa substance corticale très réduite. Le bassinet est blanchâtre et vers l'extrémité supérieure du rein présente des villosités à sa face interne.

*Péricarde.* Renferme quelques cuillerées de liquide citrin. Les parois sont saines.

*Cœur.* Pèse 435 grammes, présente à la coupe des plaques blanchâtres de sclérose. Le paroi du ventricule gauche est amincie. Le myocarde est d'une couleur brunâtre. Les différentes valvules sont saines. Quelques plaques athéromateuses sur la crosse aortique.

*Foie.* Son poids est de 4040 grammes : il est très congestionné : c'est

un type de foie muscade. Vésicule biliaire très distendue, renfermant une bile noirâtre. Pas de calculs.

*Rate.* Normale.

OBS. IX (Thèse du HIRTZ). — Femme de 61 ans. Arthritique. A 28 ans hémoptysies abondantes. Entrée pour état gastrique.

A l'examen, poitrine globuleuse, signe d'un emphysème généralisé, quelques râles sous-crépitaux à la base, au sommet droit, matité relative; tonalité plus aiguë, respiration très rude, expiration prolongée prenant le caractère bronchique sous la clavicule.

OBS. X (Thèse de HIRTZ). — Femme de 65 ans, d'apparence cachectique, face bouffie; pommettes injectées; poitrine globuleuse, léger oedème autour des malléoles. Toux fréquente, expectoration mucosopurulente, peau moite. Inappétence. Mère morte poitrinaire à 34 ans. Cette femme étant jeune avait de fréquents épistaxis, réglée de 12 à 36 ans, elle a toujours été courte d'haleine. Sujette à s'enrhumer l'hiver.

Depuis l'âge de 18 ans jusqu'à 45 ans, fluxion de poitrine tous les ans, avec rejet de sang pur, dont elle évalue la quantité à un demi verre, plusieurs fois, pleurésies gauches, diarrhées fréquentes.

Il y a 20 ans, accès d'asthme revenant tous les 8 jours, très violents, surtout en hiver. En même temps, amélioration notable dans la santé du malade. Plus d'hémoptysie; plus de diarrhée, les forces reviennent dans l'intervalle des accès, santé relativement bonne. Il y a 3 mois, toux plus fréquente, avec fièvre le soir et même nocturne. Expectoration puriforme. Perte des forces, amaigrissement. La dyspnée cessa de venir par accès et devint continue. Il y a un mois, hémoptysie assez abondante. Réapparition de la diarrhée.

*Examen.* Poitrine globuleuse, sonorité générale, exagérée, amoindrie aux sommets. Au sommet droit, matité relative avec élévation de la tonalité, respiration rude partout, expiration sibilante, sous crépitation disséminée vers les bases.

Sous la clavicule droite, la rudesse de l'inspiration est plus marquée, l'expiration est longue et soufflante. Aussi, nous constatons chez cette

malade de l'emphysème et une bronchite généralisée. Des tubercules existent au sommet du poumon droit. Cœur et artères sans lésion appréciable. Amélioration progressive. Deux mois la bronchite avait disparu. L'expiration au sommet droit, prolongée et soufflante.

OBS. XI (Thèse de BARD). — Marie Magenot, âgée de quatre-vingt-un ans, entrée à l'Hôtel Dieu, salle H. des femmes, n° 156, le 17 janvier 1879, morte le 7 février.

*Début.* Pas de renseignements sur l'hérédité. La malade maigrit depuis cinq à six ans, mais surtout depuis cette dernière année. La toux et l'oppression ont augmenté depuis deux mois.

AUTOPSIE. — Les deux poumons sont emphysémateux. Adhérences nulles. Quantité de liquide minime. A la base du droit, on trouve une granulation crétacée unique. Vers le milieu du gauche, existe une dépression qui correspond à une cicatrice étoilée. Aux deux sommets, on note des cicatrices, et si on fait une coupe, on voit partir de ces cicatrices, des travées d'un tissu, ayant l'aspect du caoutchouc.

*Cœur.* Le cœur gauche a un volume sensiblement normal. Cœur droit dilaté. Plaques laiteuses.

OBS. XII (Thèse de BARD). — Obermeyer, tourneur sur bois, âgé de soixante-quatre ans, entré à l'Hôpital de la Croix Rousse, salle Saint-Pothin, n° 53, le 9 février 1869. Mort le 18 février (mort subite).

*Début.* Cet homme tousse depuis plusieurs années ; il y a trois semaines, il fut pris de phénomènes aigus et d'une oppression très vive.

AUTOPSIE. — Les poumons sont emphysémateux sur le bord antérieur surtout. Adhérences des deux côtés, celles de gauche plus difficiles à rompre.

Il existe à la base de ce côté, en connexion avec les côtes, un épaississement cartilagineux dans une étendue de 5 à 6 centimètres, et une épaisseur de 2.

Les sommets présentent à la coupe, des traînées de tissu conjonctif, d'aspect cicatriciel, au milieu desquelles se trouvent de petites nodosités, qui, incisées, montrent de la matière caséuse parfaitement enkystée.

Ces phénomènes étaient plus marqués à gauche ; autour de ces points se trouvait de la pneumonie interstitielle. Dans les lobes supérieurs des poumons, les petites bronchioles sont dilatées, les parois sont épaisses et se terminent parfois en cul-de-sac au niveau des altérations signalées plus haut.

*Cœur.* Assez volumineux, sans altérations.

Obs. XIII (Thèse de BARD). — Jean Bayet, tisseur, âgé de soixante-huit ans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Charles, n° 100, le 25 juin 1873, mort le 29.

Début. Pas de maladie grave antérieure. Depuis six ans, oppression considérable ; depuis deux ans il a été obligé d'interrompre son travail plusieurs fois ; œdème des membres inférieurs.

AUTOPSIE. — Poumons volumineux emphysémateux. Chaque sommet présente un aspect bosselé et offre une induration très marquée de la grosseur d'une orange, adhérences pleurales internes au sommet. Les deux poumons sont le siège d'une congestion œdémateuse très prononcée, et les parties indurées présentent de la sclérose ressemblant à du caoutchouc mâché, au milieu de laquelle on trouve de chaque côté une petite caverne. Nombreux dépôts calcaires de la grosseur d'une tête d'épingle, disséminés dans la substance sclérosée.

Vers les bords antérieurs de chaque côté, nombreux points d'emphysème.

*Cœur.* Volumineux ; les parois ne sont pas augmentées de volume, toutes les cavités sont dilatées, la dilatation porte surtout sur le ventricule droit. Insuffisance tricuspide.

Obs. XIV (PIDOUX). — Mme M., 74 ans, affectée d'un catarrhe bronchique disséminé avec spasme (asthme humide) depuis plus de 40 ans. Il est impossible de voir une femme de cet âge plus forte et mieux conservée. Je suis appelé près d'elle à Paris, au commencement de l'année 1867. D'après les symptômes généraux et même les symptômes locaux qu'on appelle rationnels, j'étais loin de croire ce que l'auscultation et la percussion allaient m'apprendre.

Indépendamment de la dyspnée, de l'expectoration abondante, opaque

et quelquefois sanguinolente, indépendamment des rhoncus muqueux et sibilants existant dans toute la poitrine, mais surtout à droite, je trouve tout le sommet de ce poumon mat, et j'y perçois des craquements humides, très nombreux et très caractéristiques. Un mois après, je suis témoin de plusieurs petites hémoptysies. Au mois de juillet, Mme M. vient aux Eaux-Bonnes malgré une irritabilité bronchique excessive.

Eau thermale bien supportée. Mme M..., est née de parents forts et rhumático-goutteux. Elle-même d'une stature et d'une corpulence haute et large, comme chez les arthritiques, éprouve souvent et depuis longtemps des rhumatalgies musculaires et articulaires. Elle est d'ailleurs astmatique.

#### § 4. — **Forme pleurétique.**

Les pleurésies existent chez le vieillard où elles reconnaissent les mêmes causes que chez l'adulte. Tandis que chez ce dernier, les pleurésies avec ou sans épanchement sont dites tuberculeuses parce qu'elles sont symptomatiques d'une lésion bacillaire de la plèvre, parfois difficile à démontrer même histologiquement ou expérimentalement, et parce qu'elles s'accompagnent à plus ou moins longue échéance de phtisie pulmonaire (Landouzy), il n'en est pas tout à fait de même chez le vieillard.

Ici la pleurésie, d'ordinaire séreuse, est parfois la seule manifestation sensible d'une tuberculose, non pas en puissance ou à peine visible, mais très prononcée du poumon.

Tantôt cette tuberculose passe complètement inaperçue, la pleurésie occupe toute la scène, tantôt les signes coïncident.

D'après Jardin (1) la pleurésie qui survient dans ces con-

(1) JARDIN. *Loc. cit.*

ditions peut être sèche. Elle siège souvent alors au sommet et donne lieu à de la matité, à de la diminution du murmure respiratoire et à des frottements. Elle peut s'accompagner aussi d'un épanchement et prendre alors les allures d'une maladie aiguë. Quelquefois le début en est long et insidieux, sans réaction : parfois il est plus marqué et rappelle celui de la pleurésie aiguë chez l'adulte : elle évolue en un temps variable, et quand la mort survient on trouve à l'autopsie des lésions multiples portant sur la plèvre et sur le poumon. La séreuse est souvent épaissie, renfermant des tubercules : le poumon est ratatiné, diminué de volume et comprimé par l'épanchement. Il renferme des lésions tuberculeuses diverses, granulations grises ou jaunes, foyers caséux siégeant vers sa base (observ. de Saucerotte (1), observ. personnelle). On a noté aussi la propagation à la séreuse abdominale (Jardin).

OBS. XV (due à M. ALB. ROBIN). — *Forme pleurétique*. — Mme B. âgée de 77 ans, entrée le 13 janvier 1887, salle Léger, n° 5. Pris d'un point de côté sous le sein droit il y a 2 mois. Impossible d'avoir d'autres renseignements.

Signes d'épanchement pleurétique dans la moitié inférieure de la plèvre droite. Dyspnée, toux, pas d'expectoration.

17 janvier. — Dyspnée a diminué.

18. — OEgophonie moins nette, respiration s'entend jusqu'en bas, quoique affaiblie.

2 février. — On trouve encore les signes d'un épanchement peu abondant, dans le 1/3 inférieur à droite. Malade sujette à des accès de suffocation nocturne, pas de dyspnée continue. La fièvre est tombée.

1 mars. — Fièvre reparait et atteint chaque soir 38°5 ou 39°. Douleurs à la toux dans le côté droit.

(1) SAUCEROTTE. *Quelques considérations sur la pleurésie sénile*. Thèse de Nancy, 1890.

14. — L'épanchement augmente. Matité occupe de nouveau la moitié inférieure. Abolition complète du murmure vésiculaire et des vibrations.

Pas de souffle ni d'égophonie.

Une ponction avec la seringue de Pravaz ramène du liquide citrin.

27. — Fièvre persiste, un peu variable d'un jour à l'autre. Etat général s'affaiblit graduellement.

Accès de délire loquace qui durent des heures.

10 avril. — Liquide stationnaire.

Etat général mauvais. Incohérence des idées. La langue se sèche.

22. — Douleurs depuis 3 semaines au coude gauche. On y trouve une fluctuation très nette. On incise et on tombe sur une surface dénudée appartenant à l'olécrâne. La nature tuberculeuse de cette ostéite est admise sans qu'on lui attribue d'importance.

29. — Température à 39° depuis quelques jours. Malade meurt après avoir craché une petite quantité de sang. Examen bacillaire positif.

AUTOPSIE. — 1 mai. — Plèvre droite contient un épanchement séreux très peu abondant, entouré de fausses membranes épaisses qui s'étendent à tout le bord postérieur et à une grande partie des faces externes et inférieures du poumon.

Le lobe supérieur est emphysémateux, le lobe inférieur est aplati par l'épanchement. A la coupe, on trouve dans tout le poumon droit un certain nombre de granulations tuberculeuses miliaires commençant à devenir jaunes.

Dans le lobe inférieur, au niveau de l'épanchement il y a 2 ou 3 foyers caséux complètement ramollis et de la grosseur d'un poids. Les tubercules de la base sont ici plus avancés que ceux du sommet.

Peu de congestion autour de ces tubercules. Pas de granulations dans les fausses membranes pleurétiques.

*Poumon gauche.* Plus congestionné et plus ferme que le droit sauf au niveau de son bord antérieur, emphysémateux. Petits infarctus à la coupe. Tubercules miliaires en voie de caséification bien plus abondants que dans le poumon droit. Il n'en existe pas sous la plèvre. Ganglions du hile petits, non caséux.

OBS. XVI. (Thèse de SAUCEROTTE). — D. C. 68 ans, employé à l'usine à gaz, entre à l'hospice Saint-Julien, dans le service de M. Parisot, agrégé, le 15 septembre 1889.

Ce malade a été tailleur pendant 44 ans, puis chauffeur à la compagnie de l'Est.

Pas d'antécédents tuberculeux.

18 novembre. On constate, à droite, de la matité à un travers de doigt, au-dessous du mamelon. Cette matité continue aux 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> espaces et rejoint la matité hépatique. Pas de sueurs, pas d'œdème. Le thorax globuleux, se soulevant en masse. Respiration normale aux deux sommets. A droite en avant, on n'entend plus le murmure vésiculaire au-dessous de la ligne de matité.

En arrière, matité à partir de 1 travers de doigt 1/2 au-dessous de l'angle de l'omoplate, à ce niveau le murmure vésiculaire n'existe plus, les vibrations thoraciques sont fortement diminuées ; pas d'égophonie.

En variant la position du malade, la position change.

Pas de point de côté. Sommeil normal, pouls régulier, égal, dur. Artères radiales athéromateuses. Cœur normal.

AUTOPSIE. — *Poumon droit*. La plèvre du poumon est, jusqu'à la base épaissie par des néo-membranes.

A la coupe, la plèvre viscérale mesure 1 millimètre d'épaisseur à sa partie moyenne. Au sommet droit, tubercules corticaux, cinq d'entre eux sont ramollis. Lobe supérieur un peu emphysémateux. Les lobes moyens et inférieurs sont carnifiés, sans cependant plonger dans l'eau. La partie moyenne située sous la plèvre épaissie, est farcie de tubercules. Epaissement de la plèvre au niveau de la partie intérieure du lobe supérieur, à ce niveau, on découvre un lobule caséux, gros comme un œuf de pigeon.

A la partie postérieure du lobe inférieur, quelques points de pneumonie caséuse.

Au niveau du centre phrénique du diaphragme il y a un semis tuberculeux.

*Intestin*. Sur la surface péritonéale, il y a des ganglions engorgés et un semis tuberculeux.

§ 5. — **Forme latente.**

C'est le propre des affections de l'âge sénile d'évoluer parfois en ne donnant lieu à aucun symptôme réactionnel, soit local soit général qui attire l'attention du médecin. Chez le vieillard où les réactions morbides sont réduites au minimum, il semble, comme on l'a dit, que les organes souffrent isolément et que même cette souffrance isolée reste muette. Le fait est bien connu pour la pneumonie, il l'est moins pour la tuberculose, malgré le travail déjà ancien de Baumgarten (1).

Nous avons vu dans les chapitres précédents, que ce qui caractérise d'une façon générale, la phtisie sénile, c'est une atténuation des signes physiques et fonctionnels. Dans la forme latente cette atténuation est portée au maximum : l'affection passe inaperçue jusqu'au moment où des phénomènes sensibles surviennent, précédant de peu la terminaison fatale.

Le plus ordinairement les malades font remonter le début de leur indisposition à peu de jours. Ils ont un léger mouvement fébrile, le pouls fréquent, une toux modérée, souvent sans expectoration.

A l'examen du poumon, on trouve une matité plus ou moins marquée, des râles crépitants ou sous-crépitaux, plus rarement des signes cavitaires. La langue est quelquefois sèche, rôtie, fuligineuse comme dans les états typhoïdes prononcés : puis bientôt la température s'élève et le malade succombe dans un état semi-comateux.

(1) BAUMGARTEN. Ueber latente Tuberculose. *Samml. Klinische Vorträge von Volkmann*, 1884.

Parfois même la maladie est encore plus latente, si on peut s'exprimer ainsi. Des sujets, en apparence bien portants meurent subitement et à l'autopsie on découvre des lésions bacillaires très caractérisées. Les altérations tuberculeuses constatées alors sont de deux sortes : les unes sont notoirement anciennes (cavernes, masses caséeuses), les autres sont de date récente (granulations grises plus ou moins abondantes), coïncidant parfois avec de la dilatation des bronches et de l'emphysème.

Le diagnostic dans ces cas, n'est pour ainsi dire jamais fait car les signes sont à peu près nuls (Ruelle) et les symptômes généraux ne sont guère rattachés à la tuberculose. L'examen seul des crachats, le cas échéant permettrait d'affirmer qu'on se trouve en présence d'une forme latente de phtisie sénile.

OBS. XVII. — *Phtisie chronique. — Forme latente* (due à l'obligeance de M. ALB. ROBIN). — Le nommé D... J. âgé de 74 ans, entre le 9 février 1887, salle Labric aux Ménages, service de M. le Dr Robin.

Pas de renseignements précis sur ses antécédents. Il n'a jamais été malade ni jamais craché du sang. Tousse un peu d'habitude.

Lorsqu'il entre à l'infirmerie, il était malade depuis deux jours.

La peau est chaude. Température 37°,8, et le pouls 110. Le malade a conservé toutes ses connaissances, il n'a jamais eu de délire, langue desséchée, noire et comme rôtie. Tousse un peu sans expectorer. Matité très nette au sommet droit en avant et en arrière. Quelques râles crépitants en arrière. Rien à gauche.

11 février. — Même état. Températ. matin 38°3, soir 38°6.

12 — Temp. mat. 38°4, soir 38°6.

13 — Temp. mat. 38°5, soir 38°8.

14 — Mêmes signes stéthoscopiques.

Malade très affaibli. Temp. mat. 38°4, soir 38°6.

15 — Malade dans un état comateux. Mort à 11 heures du matin.

AUTOPSIE. — Poumons. Adhérences des 2 côtés, surtout intimes au

sommet droit où elles sont épaisses et dures. Le sommet droit est occupé par une vaste caverne très anfractueuse à laquelle aboutit un faisceau de bronches dilatées. Les parois de cette caverne, épaisses, indurées, présentant de l'infiltration tuberculeuse. Le reste du poumon droit est sain, sauf quelques tubercules disséminés et de la congestion hypostatique à la base. Poumon gauche emphysémateux au niveau de son bord antérieur. Il présente des noyaux tuberculeux épais dans toute sa masse. Ces noyaux sont de la grosseur d'une noix, les uns sont caséeux, les autres ramollis forment de petites cavernes : par places des granulations plus petites et plus fermes. Pas d'adénite médiastine.

Obs. XVIII (thèse MOURETON). — H. Marie, âgée de 77 ans. Cette malade a complètement perdu la mémoire, elle ne sait pas son âge ni ne se rappelle pas le nom de son mari. Cette malade est très amaigrie, très faible, elle a sur presque tout le corps de larges plaques de purpura.

Au milieu des avant-bras, l'épiderme est enlevé, et le derme est couvert d'une couche de sang. La face est piquetée de petits points dus à des taches de purpura, tandis que sur les membres il y a de larges plaques ; les gencives ne sont pas gonflées : sa surface ne date que d'un mois, la peau est sèche, terreuse, le pouls petit et faible, *elle ne tousse pas*, n'a pas de diarrhée.

Cette malade succombe peu de jours après son entrée à l'infirmerie, sans présenter aucun phénomène nouveau. Elle ne se plaint jamais de douleur dans la poitrine, n'eut pas de dyspnée. Il survint 2 jours avant sa mort, de nouvelles taches de purpura aux extrémités inférieures qui étaient oedémateuses.

AUTOPSIE. — Thorax. Les côtes sont peu résistantes, on trouve sur ces os plusieurs fractures consolidées sur plusieurs points ; les côtes sont à demi transparentes.

On trouve sous le périoste, de petits épanchements sanguins. Les deux cavités pleurales contiennent de la sérosité ; il y en a plus à droite qu'à gauche ; dans le tissu cellulo-sous-pleural des 2 côtés, on trouve des granulations tuberculeuses, mais beaucoup plus nombreuses à droite.

La plèvre costale, aussi bien que la plèvre viscérale du côté droit sont rouges : on voit un grand nombre de granulations grises d'un volume

variable. Les unes ont le diamètre d'un grain de chènevis, tandis qu'il y en a d'autres presque imperceptibles, qui forment comme un semis de points blancs : des adhérences molles réunissent le lobe moyen et le lobe inférieur.

Dans le poumon droit on ne trouve que très peu de granulations, elles sont toutes très voisines de la surface.

On trouve en un point, non au sommet, 2 tubercules jaunes, caséux, du volume d'un pois qui sont presque sous la plèvre. La plèvre gauche n'a pas de coloration anormale, les granulations tuberculeuses, y sont rares, comparativement, à la plèvre droite. Au sommet du poumon, on trouve une vaste cavité, du volume d'un œuf, dont la paroi est tapissée par une matière grisâtre ; quand on l'enlève, on trouve la cavité limitée par une couche assez amincie de tissus indurés ; on n'y trouve pas une membrane aussi bien organisée que celle qui tapisse les cavernes très anciennes.

Dans le lobe supérieur, on trouve encore 3 ou 4 autres cavités du volume d'une noix pleines d'une matière grise, demi molle, épaisse, tout à fait semblable à celle qui tapissait les parois de la grande cavité. On ne trouve qu'un noyau, où la matière tuberculeuse ne soit pas ramollie. Dans le reste du poumon, on ne trouve pas de granulations tuberculeuses. Il n'y en a même pas au voisinages des cavernes.

*Cœur.* Le cœur est petit, mou et flasque ; quand on ouvre les ventricules, il s'écoule du sang liquide, on n'y trouve pas de caillots, même dans le ventricule droit. Les orifices et les valvules sont sains. L'aorte est à peine athéromateuse, même dans sa portion abdominale.

*Abdomen.* On trouve dans le mésentère, quelques granulations dont la nature tuberculeuse est douteuse. La rate est volumineuse, ramollie, pèse 145 grammes. La surface présente quelques plaques péritoniques. Le foie, et les reins sains ne contiennent pas de tubercules.

Les genoux ouverts, on trouve les cartilages un peu dépolis, et des franges synoviales rouges et gonflées sur le côté du condyle externe du genou droit ; au niveau du point d'implantation d'une frange, il y a une ecchymose.

Le tissu osseux de la colonne vertébrale se laisse facilement enta-mer par un couteau, celui du bassin est plus résistant.

Obs. XIX (due à l'obligeance de M. ALB. ROBIN). — *Forme latente.*  
*Phthisie ulcéreuse.* — Le nommé D... âgé de 88 ans, entré le 9 février 1887 salle Labric aux Ménages, service de M. Robin.

Pas de renseignements, allait et venait jusqu'à ces derniers jours. Entré avec une température de 40°, langue sèche, peu de toux. A la percussion sous la clavicule droite, matité.

A l'auscultation en ce point, souffle intense, quelques râles sous-crépitants. On croit à une pneumonie. Vésicatoires. Todd.

AUTOPSIE. — Au sommet du poumon droit existe une vaste caverne anfractueuse, remplie de détritits caséeux ; il y a quelques tubercules au voisinage de l'excavation.

## CHAPITRE IV

### Formes aiguës.

Pendant longtemps on a cru que la tuberculose aiguë n'existait pas chez le vieillard. On avait bien trouvé dans des poumons séniles et aussi dans d'autres organes des granulations grises plus ou moins confluentes, mais comme ces faits ne cadreraient pas avec la théorie admise, on admettait que des tubercules rencontrés chez des individus âgés, avaient une origine ancienne, et étaient restés, pour des raisons qu'on ne donnait pas, à l'état crû.

La vogue de cette opinion fut de courte durée et l'on fût bientôt forcé de convenir que ces granulations grises étaient un produit jeune développé dans un organisme sénile.

Comme chez l'adulte en effet, la tuberculose pulmonaire peut évoluer rapidement, peut revêtir une marche aiguë.

Comme chez ce dernier encore ces pluies de granulations miliaires ont, dans la grande pluralité des cas et suivant la loi de Bühl, leur point de départ dans un foyer plus ou moins ancien, plus ou moins torpide de matière caséuse. C'est dans le poumon d'ordinaire qu'on trouve le foyer originel sous forme de quelque tubercule caséux, de caverne cicatrisée ou de produits crétacés.

Fréquemment, la granulie est l'aboutissant d'une phtisie chronique vulgaire (observ. de Weil, Gilbert etc).

D'autres fois la lésion pulmonaire initiale est restée latente

et la tuberculose aiguë n'en est que la manifestation ultime.

Parfois le point de départ est dans les ganglions (Liouville, Londe), dans le tube digestif (Lancereaux, Spithmann), dans les organes génitaux (Weil-Rendu), dans une altération osseuse (Parisot).

Dans le cas de tuberculose aiguë que nous avons pu observer, il n'existait pas de foyer ancien dans le poumon, mais il y avait sur le côté droit de la colonne dorsale, un abcès ossifluent ayant son point de départ dans une ostéite tuberculeuse de l'une des vertèbres.

Comment s'est fait dans ce cas la généralisation tuberculeuse ? Il ne semble pas que ce soit par inoculation de proche en proche, car cet abcès n'était pas ouvert et ses parois en étaient très épaisses. Il faudrait plutôt incriminer, pensons-nous, la voie sanguine ou lymphatique.

Même dans ces formes aiguës, la tendance à la généralisation est peu marquée ; le poumon est le plus ordinairement le seul organe envahi.

#### § 1. — **Forme catarrhale.**

C'est là une des variétés le plus fréquemment rencontrée. Elle est remarquable en ce que les signes pulmonaires y présentent des caractères d'une grande netteté qui attirent l'attention du côté de la poitrine.

Après une période de durée variable, marquée par de l'amaigrissement, des sueurs, de la perte d'appétit, ou bien même sans signes précurseurs les malades sont pris de fièvre, parfois très élevée (40° et plus le soir), continue, ou de dysp-

née, de cyanose. L'expectoration est muqueuse, muco-purulente ou hémoptoïque.

L'examen du thorax montre une submatité au sommet ; à l'auscultation on constate des râles sous-crépitaux répandus dans toute l'étendue des poumons, augmentant vers les bases.

Quelquefois du souffle véritable s'entend : il est dû soit à la congestion intense du poumon, soit à des noyaux-broncho-pneumoniques.

A l'autopsie on constate dans les poumons une pluie de granulations grises, parfois avec une lésion tuberculeuse ancienne. Les autres organes splanchniques peuvent renfermer des tubercules miliaires : on en trouve dans le foie, dans les reins, le péritoine etc. Dans l'observation que nous devons à l'obligeance de notre collègue Leredde, il y avait un nombre considérable de très petites granulations, dans le parenchyme hépatique, en voie de caséification à leur centre.

OBS. XX (due à notre collègue LEREDDE). — Hug... journalier, entre salle Piorry, n° 45, à la Pitié, service de M. Robin, le 12 juillet 1892.

Aucun antécédent personnel ou héréditaire de quelque intérêt n'a été relevé. Toux, crachats sanguinolents, sueurs nocturnes depuis 6 mois. Faiblesse. Amaigrissement. Dyspnée extrême. Cyanose.

*A la percussion.* Tonalité plus élevée à gauche en avant et à droite en arrière.

*Auscultation.* En arrière, inspiration rude. Souffle expiratoire au niveau de la fosse sous-épineuse droite. *A gauche.* Râles sous-crépitaux, humides, de plus en plus gros vers la base. *En avant.* A gauche, râles sous-crépitaux. A droite, au niveau de l'aisselle, craquements secs.

*Diagnostic :* Tuberculose aiguë. Mort le 13 juillet.

AUTOPSIE. — Tuberculose miliaire à granulations jaunes du poumon. Caverne d'apparence ancienne au sommet droit.

Foie 1320 grammes, décoloré. Reins 130 grammes. Rate 250 grammes.

L'examen histologique révèle dans le foie, la présence de très petites granulations, toutes caséuses au centre, excessivement nombreuses (3 à 4 par lobules). Granulations peu nombreuses dans le rein.

§ 2. — **Forme pneumonique.**

Presque tout le tableau classique de l'infection pneumonique se rencontre ici : mais le début en est plus insidieux : le frisson et le point de côté peuvent faire défaut.

Les signes physiques sont à peu près les mêmes et ce n'est que par des nuances infimes que l'on pourrait théoriquement les distinguer de ceux donnés par l'hépatisation pneumococcique. Toutefois l'expectoration est un peu spéciale : les crachats ne sont pas rouillés : ils sont visqueux et plutôt brunâtres. Ils ne renferment pas, cela va sans dire, le pneumocoque, mais ils ne contiennent pas davantage le bacille de Koch, tout au moins tant que le bloc pulmonaire hépatisé ne se ramollit pas.

L'autopsie montre que l'hépatisation est constitué par un développement de granulations confluentes dans les alvéoles et jouant le rôle de l'exsudat pneumonique vrai oblitérant les lobules pulmonaires.

Obs. XXI (BARIÉ, *Société anatomique*, 1875). — Il s'agissait d'un vieillard de 75 ans, présentant une hémiplegie datant de quelques jours seulement ; il avait joui jusqu'alors d'une parfaite santé. C'est pour cette paralysie qu'on l'apporte à l'hôpital. Les poumons sont en parfait état. On entend seulement à la base des deux côtés quelques gros râles ronflants, entremêlés de râles muqueux, le tout d'ailleurs peu abondant. A la partie moyenne et au sommet de ces deux organes, la respiration est normale. Après deux mois de son séjour à l'hôpital, l'hémiplegie s'a-

mende, mais il se forme des eschares au sacrum. Bientôt apparaît un ensemble de symptômes qui fait diagnostiquer une *pneumonie au sommet droit*. On entend, en arrière, dans la fosse sus-épineuse du souffle tubaire, des râles crépitants ; pas de crachats rouillés, pas de toux. Cette pneumonie s'est faite d'une façon insidieuse. Le malade n'a pas de dyspnée, la fièvre est peu intense. T. S. 38°. P. 90. Le lendemain, les crachats sont un peu visqueux et légèrement teintés en brun ; pas de toux ni de dyspnée ; les signes fournis par l'auscultation sont les mêmes : la pommelte du côté droit est sensiblement plus colorée que celle du côté gauche. Respiration normale à gauche. Mort le lendemain.

AUTOPSIE. — On constate que les deux poumons, le droit surtout, sont farcis de tubercules miliaires. A part ces granulations, le poumon gauche paraît à peu près normal. Dans celui-ci, en effet on trouve une pneumonie occupant toute l'étendue du lobe supérieur. Dans cette région, le tissu pulmonaire est mou, friable et présente une teinte lie de vin très accusée.

En ce point, les granulations miliaires sont extrêmement abondantes et tranchent nettement par leur coloration grisâtre sur la teinte violacée du parenchyme. On trouve dans les lobes inférieurs un grand nombre de granulations tuberculeuses.

Le cerveau ne présente rien de particulier ; il en est de même du cer-  
velet et du bulbe.

RÉFLEXIONS. — 1° Rien dans les antécédents de ce malade, ni dans l'examen de ses organes respiratoires, lors de son entrée à l'Hôpital, ne faisait pressentir la présence de granulations tuberculeuses dans le poumon.

2° Cette pneumonie est survenue dans le poumon droit, c'est-à-dire du même côté que l'hémiplégie.

3° Le cerveau ne présentait aucune lésion appréciable.

*Examen microscopique.* Il montre que la pneumonie consiste en un développement de granulations dans les alvéoles, granulations devenues tellement confluentes, qu'elles donnaient au poumon l'aspect de l'hépatation grise.

Ces granulations jouent ici le rôle des moules fibrineux qui, dans la pneumonie fibrineuse oblitérent la cavité des alvéoles.

§ 3. — **Forme pseudo-pneumonique.**

Nous avons individualisé sous ce nom une forme de tuberculisation aiguë que nous avons observée dans le service de M. Alb. Robin et dont nous n'avons pas trouvé d'exemple dans les auteurs.

Le début est insidieux, marqué par de la courbature, de la perte des forces et de l'appétit. Puis peu à peu, la prostration s'accroît ; la langue est sèche, rôtie, fendillée, comme on l'observe dans la pneumonie des vieillards.

La dyspnée est peu marquée, l'expectoration nulle. Il y a incontinence des matières fécales et de l'urine.

A l'auscultation, on note l'existence de quelques râles crépitants fins, sans localisation fixe : la rate est légèrement augmentée de volume. La mort survient dans un état comateux.

La température a oscillé autour de 38°. Le diagnostic exact n'a été fait qu'à l'autopsie ; malgré le peu de netteté des signes pulmonaires, mais en raison de l'habitus du malade et de son état général c'était vers l'hypothèse d'une pneumonie qu'on s'était rangé.

Il nous a paru juste de donner à cette forme le nom de pseudo-pneumonique, pour rappeler la ressemblance clinique imparfaite qu'elle présente avec le phlegmon du poumon.

Voici l'observation qui nous a servi à établir cette forme.

OBS. XXII (Personnelle). — La nommée M... B. âgée de 72 ans est amenée dans le service de M. Alb. Robin à la Pitié, salle Lorain, n° 33.

On ne peut obtenir aucun renseignement de la malade qui est plon-

gée dans un état semi-comateux et qui répond d'une façon incohérente aux questions qu'on lui pose. Son fils raconte qu'elle est malade depuis une quinzaine de jours. Elle a été prise de courbature, de perte d'appétit, de perte des forces; peu à peu son état de prostration s'est accentué et on l'a conduite à l'hôpital.

Elle est très amaigrie, la peau est sèche; non œdématiée aux membres inférieurs. La malade gâte.

La langue est sèche, rôtie, fendillée presque fuligineuse. Pas de vomissements. Appétit nul.

*Auscultation* du poumon très difficile, la malade respirant mal. Sonorité à peu près normale dans les deux poumons. Pas de souffle, mais quelques râles crépitants fins vers la partie moyenne et la base du poumon gauche en arrière. Rien en avant. Pas d'expectoration, pas de dyspnée. Bruits du cœur un peu sourds, mais sans souffle. Foie normal. Rate un peu grosse. Températ. 37°6.

On pense à une pneumonie centrale. Mort le 10<sup>e</sup> jour dans un état comateux complet. Toujours la température a été au-dessus de 38°, sauf le 31 juillet où elle montée à 39°5.

*AUTOPSIE.* — 32 heures après la mort. *Poumon gauche*, complètement adhérent à la paroi centrale, il est impossible de l'enlever de la cage thoracique sans le déchirer. Il est également très adhérent au péricarde.

Il est très congestionné dans toute son étendue et criblé de granulations grises. Quelques-unes seulement commencent à devenir jaunes. Nulle part, dans ce poumon, on ne trouve de foyer tuberculeux caséux ancien.

*Poumon droit.* Présente quelques rares adhérences au sommet. Peu congestionné. On y trouve également des granulations tuberculeuses réparties sur ses 3 lobes d'une façon à peu près égale: ces granulations sont moins nombreuses et plus jeunes que sur le poumon gauche.

*Péricarde.* Adhère intimement au poumon gauche. Pas épaissi. Face interne adhérente sur toute son étendue au cœur; mais ces adhérences tout en étant intimes sont lâches, récentes et on les décolle facilement. Pas de tubercules sur la face interne du péricarde. Cœur, de volume et de couleur normaux. Rien aux valvules. Aorte saine non athéromateuse.

*Foie* jaunâtre, pesant 950 grammes. *Rate* 120 grammes.

*Rein droit*. Pâle et décoloré, sans granulations. Pesant 115 grammes. Capsule adhérente. *Rein gauche*, offrant à la surface de petits points hémorrhagiques et un kyste à contenu citrin du volume d'un pois. Capsule adhérente.

Pas de granulations tuberculeuses, sur le péritoine.

Au niveau de la 7<sup>e</sup> dorsale, sur la face droite de son corps, abcès du volume du pouce, a contenu caséo-purulent. L'os sous-jacent est manifestement atteint d'ostéite.

Rien sur les méninges cérébrales ni dans l'épaisseur de l'encéphale. Goître parenchymateux de volume assez considérable.

#### § 4. — **Forme typhoïde.**

Moureton, Durand-Fardel n'avaient pas observé cette forme. C'est qu'en effet cette forme est rare chez le vieillard. Et cela s'explique facilement. Dans la granulie à forme typhoïde, les lésions sont presque toujours généralisées à tout l'organisme : suivant l'expression de Peter, il grêle des tubercules, on en trouve partout ; dans le poumon, le foie, les reins, le péritoine, les membranes encéphalo-médullaires.

Or nous avons vu que chez le vieillard il existait une sorte d'état réfractaire à ces grandes généralisations de la maladie : ces espèces d'inondations tuberculeuses sont chez lui exceptionnelles.

Le début s'annonce par quelques signes vagues, de la faiblesse et, d'une façon précise par de la diarrhée.

La température monte assez rapidement à 39°, le pouls est fréquent, la peau est sèche. Puis les symptômes typhoïdes apparaissent, la prostration survient, la langue et les gencives deviennent fuligineuses.

L'amaigrissement se prononce : des signes congestifs se manifestent du côté du poumon, sans expectoration, sans que la dyspnée soit très marquée et le malade s'éteint progressivement dans l'adynamie.

En somme c'est le tableau de la granulie typhoïde de l'adulte avec sa durée habituelle, avec des symptômes plus atténués, avec moins de relief dans la phénoménalité.

OBS. XXIII (thèse de RUELLE). — *Fièvre typhoïde. — Tuberculose de la plèvre et superficielle du poumon. — Tuberculose des ovaires. — Péritonite tuberculeuse, généralisée, récente.* — La nommée Cairol, âgée de 71 ans, entrée à l'infirmerie des Petits-Ménages, le 18 mai 1884 pour de la faiblesse et de la diarrhée.

Depuis 10 ans, elle tousse et crache, surtout les hivers. Étant jeune, elle était robuste et n'a jamais été malade.

*Etat à son entrée.* Toux peu fréquente. Se plaint d'une grande faiblesse et de diarrhée depuis 10 jours. Elle n'a ni point de côté, ni dyspnée.

La peau est sèche, chaude, le pouls fréquent et régulier. Il n'y a rien au cœur. T. S. vaginale 39°.

A la base droite du poumon, on entend quelques râles sous-crépittants.

19 mai. — T. M. 38° 6. T. S. 39° 4. Respiration emphysémateuse. Pas de râles, pas de crachats.

20. — Peau chaude. T. M. 38°. T. S. 39°, à peine saisit-on quelques râles en arrière à droite. La malade se plaint seulement de faiblesse, et n'accuse aucune douleur.

23. — T. M. 38° 4. T. S. 39° 6. Même état de respiration. Abattement, aucune douleur, ni du côté de la tête, ni du côté de l'abdomen. Expectoration peu abondante, visqueuse, aérée, blanche ; urines albumineuses.

29. — T. M. 38° 4. T. S. 38° 8. Rien du côté du cœur ni des poumons, sauf quelques râles de bronchite des deux côtés.

31. — T. M. 38° 2. T. S. 39°. Langue rouge, sèche. Fuliginosités

sur les gencives. Urines toujours albumineuses. Tousse un peu sans expectoration. Pouls plein et régulier.

1<sup>er</sup> juin. — T. M. 37° 6. T. S. 38° 8. Amaigrissement considérable. Elle va bien à la selle, mais le ventre est dur, non douloureux cependant.

4. — Quelques râles sous-crépitants, fins dans la poitrine. Constipation.

6. — T. S. 39°. Langue rouge et sèche. Rien aux poumons. Constipation. Battements du cœur sourds.

9. — T. M. 38°. T. S. 38° 8. Diarrhée, grande faiblesse. Mange un peu de potage. Quelques râles sous-crépitants dans le 1/3 inférieur du poumon droit. Sonorité normale, pas de crachats. N'accuse aucune douleur.

12. — T. M. 38° 2. T. S. 39° 2. Somnolence, fuliginosité sur la langue et les gencives.

14. — T. M. 38° T. S. 39°. Rien à signaler. Affaiblissement progressif. Décès à 4 heures du soir.

AUTOPSIE. — Pneumonie hypostatique aux 2 bases. A la surface du poumon, surtout aux 2 sommets, on voit des granulations grises sous-pleurales, peu nombreuses. Il n'y a rien à noter au cœur ni au foie.

Tout le péritoine est injecté, rouge, parsemé de taches ecchymotiques et couvert de nombreuses granulations tuberculeuses. Toutes les anses intestinales sont unies les unes avec les autres par des adhérences que l'on peut décoller avec le doigt. Les adhérences sont surtout marquées dans le bassin. Tous les organes du bassin ne forment qu'une seule masse, réunis qu'ils sont par des adhérences qu'on ne peut rompre. L'utérus ne présente rien à noter. Les trompes et les ovaires, surtout le gauche sont infiltrés de tubercules.

#### § 5. — **Forme broncho-pneumonique (phtisie galopante).**

Cette variété de phtisie à marche aiguë, de phtisie « brûlant les étapes », existe aussi chez les gens âgés. Comme dans

plusieurs des formes précédentes, les premiers signes en sont peu nets : c'est un affaiblissement et un amaigrissement qui paraissent sans cause. Les malades n'accusent qu'une légère douleur thoracique : l'auscultation et la percussion restent négatives. Puis progressivement, des signes pulmonaires positifs apparaissent : on constate de la matité à l'un des sommets ou aux deux : l'auscultation révèle des foyers de souffle à caractère tubaire ou caverneux, isolés, plus marqués cependant vers les régions supérieures du poumon.

L'expectoration est peu abondante, muco-sanguinolente : des sueurs et une fièvre intense s'établissent et au bout de quelques semaines la mort survient.

OBS. XXIV (DURAND-FARDEL). — Une femme âgée de 63 ans, entrée à l'infirmerie de la Salpêtrière vers la fin du mois de janvier 1839. D'une grande maigreur, elle se plaignait d'une douleur, dans le côté gauche de la poitrine, en dehors du sein, qu'elle rapportait à une chute faite quelque temps auparavant.

Il n'y avait pas de fièvre, un peu de toux sèche et pas de gêne de la respiration que celle qui résultait de la douleur de côté.

L'auscultation et la percussion, ne fournirent que des signes négatifs. Cette douleur fut donc considérée comme pleurodynamique et traitée comme telle. Cependant cette femme maigrissait et s'affaiblissait, il survenait parfois le soir un peu de délire.

Le 16 février, dans la soirée, elle parut plus souffrante et fut examinée. Le tiers supérieur du poumon en avant fut trouvé mat depuis la clavicule jusqu'à la 4<sup>e</sup> côte. Au-dessous on entendait un souffle fort avec bronchophonie, d'autant plus prononcé qu'on était plus près de la clavicule. Point de râle, un peu de souffle à la partie supérieure du creux de l'aisselle, respiration faible en arrière avec obscurité du son.

La peau est chaude, le pouls est fréquent et bien développé, aucune douleur au côté, pas d'oppression, la parole est facile, la langue rouge

sans enduit. On croit avoir affaire à une pneumonie dont le début pourrait remonter à quelques jours.

Potion avec tartre stibié : 2 grammes.

Il survient des selles et des vomissements abondants. Une seconde dose semblable d'émétique est prescrite les jours suivants.

La fièvre diminue. Le 23 février, le souffle paraissait bien limité sous la clavicule ; il avait pris un caractère caverneux et la dissonnance de la voix se rapprochait de la pectoriloquie. Parfois un peu de gargouillement. Pas de fièvre nocturne, la sueur revenait irrégulièrement le soir, la circulation paraissait d'une faiblesse extrême, l'expectoration toujours nulle ou à peu près. Le 24 février seulement il y a eu 2 crachats un peu rougeâtres. Cette absence d'expectoration jetait des doutes sur le diagnostic car on comprend que l'erreur relative à la supposition d'une pneumonie n'avait pu durer au-delà de peu de jours.

On pensa à une dilatation bronchique au sein du tissu induré.

Le 24 février, la fièvre fut très forte, un peu de râles très faibles se mêlaient par instants au souffle caverneux ; il y avait une diarrhée abondante. L'abdomen n'était pas douloureux.

La malade tomba dans une adynamie profonde, toussant peu, ne crachant pas, n'accusant aucune douleur, la diarrhée non continue, les facultés intellectuelles intactes jusqu'à la fin.

Elle mourut le 10 mars.

Lès poumons présentaient des adhérences générales et très serrées.

Le lobe supérieur du poumon gauche présentait au sommet 3 cavernes tapissées par un produit blanchâtre comme pseudo-membraneux et qui en remplissait presque toute la cavité.

A l'entour, le tissu pulmonaire était induré et contenait un grand nombre de masses tuberculeuses.

Tout le lobe supérieur du poumon droit était d'une couleur ardoisée, parsemé de taches blanches ou grisâtres ressemblant de la matière tuberculeuse un peu molle, ou à des granulations tuberculeuses. La densité du tissu était telle qu'on ne pouvait le déchirer.

Les lobes inférieurs engoués perméables à l'air, ne renferment pas de tubercules.

Les bronches étaient blanches et saines, ainsi que la trachée.

Point d'engorgement des ganglions bronchiques.

Le cœur était petit, ses parois minces. L'intestin présentait au niveau et au-dessus de la valvule iléo-cœcale plusieurs ulcérations assez profondes, étroites, à bords épaissis, à fond grisâtre, sans apparence tuberculeuse.

§ 6. — **Forme granulique latente.**

Parallèlement à la forme latente de la phtisie chronique, on peut décrire une forme latente de la tuberculose granulique.

Dans ces cas, il s'agit de sujets atteints d'une affection quelconque, soit pulmonaire, soit autre et dont la granulie vient terminer l'existence, en aggravant sans doute la maladie primitive ; mais en passant inaperçue pour le clinicien.

On a constaté de l'amaigrissement, de la perte progressive des forces, mais ces phénomènes sont mis sur le compte de l'affection initiale, car rien ou presque rien n'attire l'attention du côté de la poitrine. La fièvre fait ordinairement défaut.

Le diagnostic n'est fait qu'à l'autopsie où on trouve les poumons et aussi les plèvres parsemées de granulations tuberculeuses. Parfois on constate un épanchement pleural hémorrhagique, comme dans l'observation de Geist.

Obs. XXV (Thèse d'ORELLANA, Paris 1880). — Un individu de 53 ans était atteint d'une ulcération de l'amygdale gauche de la luette, de la base de la langue et de l'épiglotte. L'examen de la poitrine en particulier est répété plusieurs fois avec soin sans révéler la présence de tubercules. A l'autopsie on trouva entre les altérations diagnostiquées pendant la vie, un grand nombre de granulations tuberculeuses, disséminées dans toute l'étendue des poumons.

Obs. XXVI (GEIST). — Une femme de 62 ans, présente comme maladies antérieures de la teigne dans son enfance, la petite vérole et la rougeole. Réglée seulement à 24 ans, au milieu de circonstances graves, elle enfanta quatre fois. Elle était en général bien portante. A son entrée à l'hôpital elle eût la grippe régnant alors ; après quoi, elle conserva une faiblesse générale interrompue tantôt par une angine, tantôt par un érysipèle du bras gauche. Elle eut de la toux et une expulsion d'une grande quantité d'urine. Cinq mois avant sa mort elle eut du gonflement des glandes inguinales ; quatre semaines avant, de la perte de l'appétit, un grand épuisement. Pendant tout le cours de sa maladie elle n'a pas eu de symptômes pulmonaires saillants.

AUTOPSIE. — On trouva, dans la cavité thoracique un épanchement sanguinolent entre les plèvres. Celles-ci sont farcies de granulations tuberculeuses.

Les poumons sont également farcis d'un millier de tubercules. Son parenchyme est comprimé et la moitié inférieure seule du lobe inférieur contient de l'air.

Obs. XXVII (WEIL). — Weistein (Nicolas), 62 ans, maçon entre dans le service de M. Bernheim, salle Saint-Roch, n° 9, le 7 mars 1880 avec les symptômes d'un carcinome pylorique.

L'observation constate que la respiration est bonne et qu'il ne présente aucun symptôme du côté des voies respiratoires.

AUTOPSIE. — On trouva au sommet gauche une excavation de cinq centimètres de diamètre remplie d'un pus fluide assez épais. Le lobe supérieur présente un très grand nombre de granulations miliaires confluentes par place.

Il y a dans toute l'étendue de l'autre poumon des granulations miliaires, dont quelques-unes sont confluentes. Les poumons sont emphyseux en avant. L'estomac présente la lésion diagnostiquée pendant la vie, le foie est petit, les reins petits.

## CHAPITRE V.

### Formes anormales.

Sous ce nom nous rangeons les différents cas où la tuberculose a évolué d'une façon bizarre et dans lesquels les symptômes ont prédominé soit du côté du cerveau (*forme cérébrale* de quelques auteurs) soit du côté du cœur (*forme cardiaque*).

Ce sont là des faits exceptionnels qui égarent le plus souvent le diagnostic et que nous ne faisons que signaler. Dans ces cas la maladie évolue rapidement et la lésion pulmonaire s'accompagne d'autres manifestations tuberculeuses. Les thèses de Moureton, Audouin, Gilbert, renferment quelques exemples de ces variétés rares des formes aiguës.

## CONCLUSIONS

---

La tuberculose pulmonaire des vieillards n'est pas une exception.

Sa fréquence est, toutes choses égales d'ailleurs, sensiblement la même que chez l'adulte.

Cette tuberculose pulmonaire survient soit chez des sujets ayant présenté des lésions scrofulo-tuberculeuses pendant l'enfance, soit chez des individus qui ont offert des symptômes de bacillose pendant l'âge moyen de la vie, soit enfin comme manifestation tardive.

Elle se manifeste sous des formes semblables à celles qu'elle revêt chez l'adulte, en leur imprimant des allures spéciales, et sous des formes à elle propres.

Ces formes particulières à la tuberculose sénile sont outre les formes anormales exceptionnelles : la forme latente chronique ; la forme latente granulique et la forme pseudo-pneumonique.

Les troubles de la nutrition dans la phtisie des vieillards sont caractérisés par une diminution et un retard dans les échanges organiques et dans les oxydations.

Le pronostic de la tuberculose sénile, considérée dans son ensemble, reste grave, bien que l'affection ait souvent une marche plus lente et des allures plus effacées que chez l'adulte.

---

Vu :

Le Doyen,  
P. BROUARDEL.

Vu :

Par le Président de la thèse,  
DUPLAY.

Vu et permis d'imprimer :

*Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,*  
GRÉARD.

---

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- Magendie.** — Mémoire sur la structure du poumon de l'homme. *Journal de physiologie expérimentale*, 1821, t. I.
- Laënnec.** — *Traité de l'auscultation. médiate*, 1826, t. I.
- Louis.** — *Recherches anatomo-pathologiques sur la phtisie*, 1825.
- Andral.** — *Clinique médicale*, t. IV, 1826.
- Quesne.** — *Société anatomique*, 1829.
- Hourmann et Dechambre.** — Recherches cliniques pouvant servir à l'histoire des maladies des vieillards. *Arch. génér. de méd.*, 1835, t. VIII.
- Ch. Rogée.** — *Archives générales de médecine*, 1838.
- Compendium de médecine.** — Article « Phtisie pulmonaire ».
- Canstatt.** — *Die Krankheiten des Höheren alters und ihre Heilung*, Erlangen, 1839.
- Prus.** — Maladies de la vieillesse. *Mémoires de l'Académie royale de médecine*, 1840, t. VIII.
- Gendrin.** — *Influence des âges sur les maladies*. Thèse de concours, 1840.
- Beau.** — Etude clinique sur les maladies des vieillards. *Journal de médecine de Beau, Fouquier et Trousseau*, 1843.
- Day.** — *A practical treatise on disease of advanced Life*, 1849.
- Gillette.** — Maladies de la vieillesse. *Supplém. au dictionnaire des dict. de médecine*, 1851.
- Leudet.** — *Recherches sur la phtisie aiguë chez l'adulte*. Thèse de Paris, 1851.
- Reveillé-Parise.** — *Traité de la vieillesse*, etc., 1853.
- Jenner.** — *Médec. Chirurgie. Transact.*, 1857.
- Geist.** — *Klinik der Greisenkrankheiten*. Erlangen, 1860.
- Mettenheimer.** — *Beiträge zu der Lehre der Greisenkrankheiten*. Leipzig, 1863.
- Moureton.** — *Tuberculisation des vieillards*. Thèse de doctorat. Paris, 1863.

- Hayem.** — *Soc. anat.*, 1864.
- Brouardel.** — Thèse de doctorat. Paris, 1865.
- Villemin.** — *Archives générales de médecine*, 1866.
- Cocatrice.** — *Tuberculisation aiguë des vieillards*. Thèse de Paris, 1866.
- Fuller.** — *Diseases of The Lungs*, 1867.
- Jardin.** — Thèse de doctorat. Paris, 1871.
- Durand-Fardel.** — *Traité pratique des maladies des vieillards*, 1873.
- Pidoux.** — *Etudes générales et pratiques sur la phtisie*, 1874.
- Rollet.** — Ueber Bluthusten im Greisenalter. *Wiener medicinische presse*. janvier 1875.
- L. Thomas.** — *De l'hémoptysie dans la vieillesse*. Thèse de Paris, 1875.
- Liouville.** — *Archives de physiologie*,
- Binse.** — *De la tuberculose pulmonaire tardive étudiée chez l'homme*. Thèse de doctorat. Paris, 1877.
- Boudelais.** — *Sur quelques observations de scrobule chez le vieillard*. Thèse de doctorat. Paris, 1877.
- Spillmann.** — *De la tuberculisation du tube digestif*. Thèse d'agrégation. Paris, 1878.
- Hirtz.** — *De l'emphysème pulmonaire chez les tuberculeux*. Thèse de doctorat. Paris, 1878.
- Grancher.** — *De la dilatation bronchique chez les tuberculeux*. *France médicale*, 1878.
- Lebert.** — *Traité clinique et pratique de la phtisie pulmonaire*, etc., 1879.
- Audouin.** — *De la phtisie aiguë chez les vieillards*. Thèse de doctorat. Paris, 1879.
- Samuel Archer.** — *The Dublin journal of medic. Sc.*, 1879.
- Bard.** — Thèse de doctorat. Lyon, 1879.
- Renaut.** — *Note sur la tuberculose en général*, 1879.
- Peter.** — *Clinique médicale*, 1879.
- Ferrand.** — *Leçons sur la phtisie pulmonaire*, 1880.
- Oréllana.** — Thèse de doctorat. Paris, 1880.
- Weil.** — *De la tuberculose chez le vieillard*. Thèse de Nancy, 1881.
- Ruelle.** — *Etude sur la tuberculose pulmonaire des vieillards*. Thèse de doctorat. Paris, 1883.

- Baumgarten.** — Ueber latente tuberkulose. *Saml. Klinische Vorträge von Volkmann*, 1884.
- Weigert.** — Die Verbreitung des Tuberkelgiftes nach dessen Eintritt in der Organismus. *Jahrbuch für Kinderheilkunde*, 1884.
- Gilbert.** — *Tuberculose pulmonaire chronique chez le vieillard*. Thèse de doctorat. Paris, 1885.
- Grancher et Hutinel.** — *Dict. Dechambre*. Article « Phtisie ».
- Brousse.** — *De l'Involution sénile*. Thèse d'agrégation, 1886.
- Demange.** — *Etude clinique et anatomo-pathologique sur la vieillesse*, 1886.
- Colquhoun.** — Senile phtisis. *Austral. medic. Journal Melbourne*, 1888, X, 7, 12.
- Hérard Cornil et Hanot.** — *Phtisie pulmonaire*, 1888.
- Bollinger.** — *Münch. medicin. Wochenschrift*, 1888.
- Saucerotte.** — *Quelques considérations sur la pleurésie sénile*. Thèse de Nancy, 1890.
- Charcot.** — *Maladies des vieillards*, 1890.
- Poulalion.** — Thèse de Paris, 1891.
- Havard Marsh.** — De la tuberculose sénile. *Harveian Soc. of London*, février 1892.
- Metchnikoff.** — *Leçons sur l'inflammation*, 1892.
- Marsh.** — *The Lancet*, 16 avril 1892.
- Marfan.** — *Traité de médecine*, t. IV, 1893.  
— *Semaine médicale*, septembre 1893.
- Babès.** — *Archives médecine expérimentale*, juillet 1893.
- Mauclaire.** — Thèse de doctorat. Paris, 1893.
- Weill.** — *Revue de médecine*, juin 1893.
- Londe.** — *Société anatomique*, 1893.
- Lugi Manfredi.** — *Giornale Intern. de sc. medic.*, novembre 1893.
- Alb. Robin.** — *Arch. génér. de médecine*, mars 1894.





---

Imp. G. Saint-Aubin et Thevenot, St-Dizier. 15-17. passage Verdeau, Paris.

---